

MARILÚ MATTÉI MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO  
DOS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM  
NO TRABALHO EM TURNOS**

Dissertação Apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para obtenção  
do grau de Mestre em Engenharia  
de Produção – Área de Ergonomia

Orientador: Prof. Édio Luiz Petroski, Dr.

**Florianópolis**

**2002**

CETD  
UFSC  
PEPS  
3183

SC00067440-1

194545

AQUISIÇÃO POR DOAÇÃO  
DOADO POR: \_\_\_\_\_

06 ABR. 2004

REGISTRO 0.372.815.6-6  
DATA DO REGISTRO 6-4-04

### Ficha Catalográfica

M386q Martins, Marilú Mattei

Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em  
enfermagem no trabalho em turnos / Marilú Mattei Martins. -- Florianópolis:  
UFSC, 2002.

66p.

Orientador: Prof. Dr. Édio Luiz Petroski.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC  
Florianópolis, 2002.

1. Qualidade de vida. 2. Capacidade para o trabalho. 3. Enfermagem em  
turnos. I. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. II. Título.

CDD: 610.73

MARILÚ MATTÉI MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO  
DOS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM  
NO TRABALHO EM TURNOS**

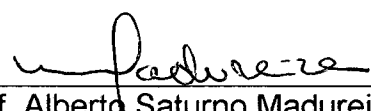
Esta dissertação foi julgada e aprovada para a  
Obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de  
Produção – Área de Ergonomia** no Programa  
**de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** da  
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 13 de dezembro de 2002.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.  
Coordenador do Mestrado em Engenharia de Produção

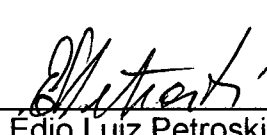


**Banca Examinadora**



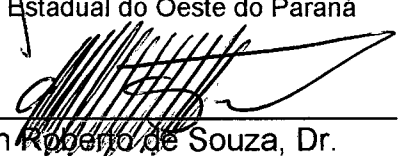
---

Prof. Alberto Saturno Madureira, Dr.  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná



---

Prof. Edio Luiz Petroski, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina  
**Orientador**



---

Prof. Edson Roberto de Souza, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Ao meu marido, Carlos Alberto, que sempre  
esteve ao meu lado nesta caminhada.  
Ao meu filhinho que está chegando.



## Agradecimentos

A Deus, por sempre guiar e iluminar meu caminho.

Aos meus pais que são o meu porto seguro  
em todos os momentos de minha vida.

À amiga Luciana que desde os primeiros passos  
do mestrado ajudou-me com sua  
sabedoria e conhecimento.

Ao orientador Prof. Édio Petroski pela sua competência  
e paciência em me orientar.

Aos profissionais em enfermagem do HUOP, que sem  
eles, este estudo não teria êxito.

À amiga Maria Lúcia que sempre me incentivou a  
buscar o conhecimento e saber nos estudos.

Ao Prof. Miguel, que me ensinou a fazer análise estatística.

Aos professores e colegas com quem aprendi as primeiras  
informações sobre ergonomia e pesquisa.

Ao Prof. Ciro que me auxiliou na difícil tarefa  
de análise dos dados.

A todos que de forma direta ou indiretamente  
contribuíram para a realização  
desta pesquisa.

## Resumo

MARTINS, Marilú Mattéi. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós –Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

Este trabalho aborda a atividade dos profissionais em enfermagem, no enfoque da Qualidade de Vida (QV) e capacidade para o trabalho. Dessa forma, o objetivo foi investigar a QV e a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem e sua relação com os turnos de trabalho. Trata-se de um estudo descritivo correlacional realizado em um hospital universitário, com uma amostra de 168 profissionais em enfermagem. Utilizou-se o questionário WHOQOL-bref para avaliar a QV e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a capacidade para o trabalho, ambos são instrumentos de auto-avaliação e auto-aplicáveis. Além dos questionários, o instrumento incluiu dados para caracterização da amostra, turno de trabalho e ter ou não outro emprego. Os participantes do estudo eram adultos jovens, com idade média de 33,7 anos, na sua maioria (92,86%) do sexo feminino, distribuídos em 39,88% no turno da manhã, 26,19% no turno da tarde e 33,93% no turno da noite. Dentre os resultados, observou-se que no turno da manhã 79,01% dos trabalhadores obtiveram capacidade para o trabalho boa ou ótima e um escore médio de 66,41 para QV; no turno da tarde 81,82% obtiveram capacidade para o trabalho boa ou ótima e um escore médio de 66,46 para QV; e no turno da noite 91,22% se encontravam com sua capacidade para o trabalho boa ou ótima e um escore médio de 67,91 para QV. Apenas o turno da manhã apresentou trabalhadores com uma baixa capacidade para o trabalho. A partir dos resultados pode-se concluir que os profissionais de enfermagem do HUOP apresentam um bom perfil de qualidade de vida, uma boa capacidade para o trabalho e que o turno de trabalho não interferiu nos resultados de QV e ICT. Os resultados indicaram ainda, haver uma relação entre a capacidade para o trabalho e a QV, pois quanto mais alto os escores do ICT mais alto foram os escores da qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida, Capacidade para o trabalho, Enfermagem, Trabalho em turnos.

## **Abstract**

**MARTINS, Marilú Mattéi. Life Quality and Working Capability of Nursing Professionals in Shift Works.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós –Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

This essay approaches the nursing professional activity focusing in Life Quality (LQ), and working capability. In this manner, the objective was to evaluate LQ and nursing professional work capability and its relation with the work's shifts. It's about a co-relational descriptive study taken place in a University Hospital, where 168 nursing professionals were sampled. The WHOQOL-bref questionnaire was used to assess LQ and the Work Capability Index (WCI) to evaluate work capability, both are self-applicable and self-evaluating instruments. Besides the questionnaires, the instrument included data for sampling characterization, work shift, and having or not another job. The study participants were young adults, with an age average of 33.7, in its majority female (92.86), and where 39.88% worked in the morning shift, 26.19% in the afternoon shift, and 33.93% in the night shift. Among the results it was observed that in the morning shift 79.01% of workers obtained good or excellent WCI and average LQ score of 66.41. In the afternoon shift 81.82% obtained good or excellent WCI score and an average LQ score of 66.46, and in the night shift 91.22% also obtained good or excellent WCI score, and an average LQ score of 67.91. Only morning shift workers showed low working capability. From the results we can conclude that HUOP's nursing workers present a good life quality profile, good work capability, and that work shift did not interfere in the WCI and LQ results. Results further indicated that there is a relation between working capability and LQ, being that, the higher the WCI scores, the higher were LQ scores.

**Key Words:** Life Quality, Working Capability, Nursing, Shift Works.

# Sumário

<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>p.09</b>
<b>Lista de Quadros.....</b>	<b>p.10</b>
<b>Lista de Tabelas.....</b>	<b>p.11</b>
<b>Lista de siglas.....</b>	<b>p.12</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>p.13</b>
1.1 Exposição do Assunto.....	p.13
1.2 Problema de Pesquisa.....	p.14
1.3 Justificativas.....	p.15
1.4 Objetivo Geral.....	p.16
1.5 Objetivos Específicos.....	p.16
1.6 Questões a investigar.....	p.17
1.7 Delimitação da Área de Trabalho.....	p.17
1.8 Estrutura e desenvolvimento do Trabalho.....	p.18
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>p.19</b>
2.1 O Trabalho de Enfermagem .....	p.19
2.2 Qualidade de Vida.....	p.23
2.3 Capacidade para o Trabalho.....	p.27
2.4 Trabalho em Turno, a Qualidade de Vida e a Capacidade para o Trabalho.....	p.31
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>p.36</b>
3.1 Tipo de Estudo.....	p.36
3.2 População e Amostra.....	p.36
3.3 Instrumentos Utilizados.....	p.37
3.4 Procedimentos para a Coleta dos Dados.....	p.41
3.5 Análise dos Dados.....	p.41
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>p.42</b>
4.1 Caracterização da Instituição.....	p.42
4.2 Caracterização da População.....	p.43

4.3 Índice de Capacidade para o Trabalho.....	p.50
4.4 Qualidade de Vida.....	p.54
4.5 Qualidade de Vida e Índice de Capacidade para o Trabalho.....	p.61
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>p.67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>p.69</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>p.74</b>
<b>ANEXO A – Questionário.....</b>	<b>p.75</b>

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Distribuição da população por faixas etárias.....	p.45
Figura 2: Distribuição da população de acordo com o gênero.....	p.46
Figura 3: Distribuição da população de acordo com o estado civil .....	p.47
Figura 4: Distribuição da população quanto a ter ou não outro emprego.....	p.48
Figura 5: Distribuição da população de acordo com o cargo/função.....	p.49
Figura 6: Resultados dos escores de ICT por turno de trabalho.....	p.52
Figura 7: Estatística dos escores do WHOQOL-Bref.....	p.60

**Lista de quadros**

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....p.38

Quadro 2: Itens abrangidos, número de questões  
e escore das respostas do ICT.....p.40

## Lista de tabelas

Tabela 1: Resultado da estatística descritiva dos escores de QV e ICT em relação ao cargo/função.....	p.43
Tabela 2: Distribuição dos indivíduos de acordo com as categorias de ICT .....	p.50
Tabela 3: Comparação dos escores de ICT por faixas etárias.....	p.53
Tabela 4: Comparação dos escores de ICT por estado civil.....	p.54
Tabela 5: Resultados das respostas sobre a percepção QV.....	p.55
Tabela 6: Resultados das respostas sobre a percepção da Saúde.....	p.56
Tabela 7: Relação da QV com o turno de trabalho.....	p.57
Tabela 8: Relação da QV com as faixas etárias.....	p.58
Tabela 9: Relação da QV com o estado civil.....	p.59
Tabela 10: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da manhã.....	p.61
Tabela 11: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da tarde.....	p.62
Tabela 12: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da noite.....	p.63
Tabela 13: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV por domínios.....	p.64
Tabela 14: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV.....	p.64
Tabela 15: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV por turno de trabalho.....	p.65



## **Lista de siglas**

HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
QV	Qualidade de Vida
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality Of Life – forma abreviada

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Exposição do Assunto

A inovação tecnológica e organizacional que vêm ocorrendo na área da saúde, seja em hospitais públicos ou privados, busca, se não solucionar, pelo menos amenizar as tarefas penosas ou pesadas, desenvolvidas pelos trabalhadores em enfermagem, levando a uma nova relação homem/trabalho. Nos últimos anos têm surgido muitas discussões sobre a qualidade de vida e o trabalho, visando o bem estar do ser humano como homem e como trabalhador.

No Brasil, a qualidade de vida (QV) de grande parte da população tem sido comprometida pela crescente disparidade social e desemprego e ainda pelas mudanças sócio-demográficas; como a concentração da população na área urbana, o envelhecimento populacional e a predominância das doenças crônico-degenerativas. Em contrapartida; as mudanças tecnológicas alcançadas pelo homem têm gerado um aumento de produtividade, que por sua vez, pode melhorar os salários e as condições de trabalho e, a longo prazo, fazer progredir a qualidade de vida e o acesso ao lazer (SANTOS et al. 1997).

A qualidade de vida das pessoas pode ser influenciada por fatores como as condições de trabalho, satisfação no trabalho, salário, relações familiares, disposição, estado de saúde, longevidade, lazer, prazer, hereditariedade, estilo de vida e até espiritualidade.

A capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do indivíduo, que sendo afetada por fatores tais como: o estilo de vida e o ambiente de trabalho, podem ser influenciados através da própria atividade do indivíduo (TUOMI et al. 1997). Sendo assim, acredita-se que a qualidade de vida na qual se encontra o trabalhador poderá trazer conseqüências positivas e/ou negativas na capacidade de trabalho.

O trabalho em turnos é uma forma de organização temporal do trabalho; cada dia mais freqüente, devido à extensão do trabalho em turnos de vinte e quatro horas por dia, que se dá por uma necessidade econômica, tecnológica e de atendimento à população. Sendo cada vez maior o número de empresas que se utilizam do

trabalho em turnos, devido à necessidade de manutenção das suas atividades durante as vinte e quatro horas, um exemplo são os hospitais que envolvem um grande número de trabalhadores.

O trabalho em turnos é freqüentemente apontado como possível causador de desordens fisiológicas e psicológicas e desgastes na vida social e familiar, prejudicando o profissional na sua vida, levando ao desgaste físico e mental do trabalhador, repercutindo sobre o seu desempenho produtivo e sua qualidade de vida.

As perturbações da saúde se manifestam através de insônia, irritabilidade, sonolência excessiva, fadiga contínua e mal funcionamento do aparelho digestivo e cardiovascular. As interferências nas relações sócio-familiares são traduzidas pela ausência do pai, mãe, amigo, namorado, filha, e outros; em momentos de datas comemorativas, fins de semana e feriados. As conseqüências destas perturbações são observadas a curto, médio e longo prazo, tanto na qualidade de vida do trabalhador como de sua família, na saúde dos trabalhadores, na qualidade da assistência prestada, na segurança do trabalho e conseqüentemente na capacidade para o trabalho (FISCHER, 1997).

## **1.2 Problema de Pesquisa**

Tendo em vista estas constatações, pretende-se ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem. Tal estudo, a ser desenvolvido no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), levará em conta o trabalho em turnos e a percepção que o próprio indivíduo tem de sua qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Neste contexto, a questão da qualidade de vida, capacidade para o trabalho e o trabalho em turnos, estabelece uma pergunta que norteará este estudo e que poderá ser caracterizada da seguinte forma: qual a relação entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho, considerando-se os turnos diurno e noturno de trabalho?

### 1.3 Justificativas

Há mais de uma década, as empresas compreenderam que devem investir na saúde integral do trabalhador, desde então, tem surgido muitas melhorias na relação homem e trabalho através de programas de promoção da saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos empregados (SALOMÓN, 1998).

A qualidade de vida dos trabalhadores em enfermagem resulta das contradições existentes entre os aspectos saudáveis e protetores que esse grupo desfruta e os aspectos destrutivos de que padece, de acordo com sua inserção histórica e específica na produção de saúde. Aspectos favoráveis consideram a possibilidade de integração social, aprendizagem de conhecimentos e destrezas da respectiva atividade e das relações sociais e desenvolvimento de capacidades humanas, já o aspecto destrutivo é conformado pela exposição às sobrecargas e subcargas que geram processos de desgastes físicos e pela falta de autonomia e criatividade. Desta maneira, o pólo destrutivo se acumula e domina no processo de trabalho (SILVA & MASSAROLLO, 1998).

Importantes estudos realizados na Finlândia, mostraram que a capacidade para o trabalho não permanece satisfatória ao longo da vida, sendo afetada pelo estilo de vida e ambiente ocupacional (TUOMI et al. 1997). O estilo de vida é um dos parâmetros individuais que podem influenciar a qualidade de vida dos indivíduos ou grupos populacionais, sendo um fator determinante da saúde e bem estar do ser humano, quer seja individual, em grupo ou em comunidade.

O trabalho em turnos tem sido apontado como uma contínua e múltipla fonte de problemas de saúde e de perturbações sócio-familiares. Sendo que, os principais problemas que afetam os trabalhadores são: os distúrbios do ritmo biológico, as dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, má postura e sobrecarga musculoesquelética, exacerbação de sintomas pré-existentes, doenças mentais e alta demanda mental e psíquica (FISCHER et al. 2000). Todos estes problemas expõem o trabalhador a um comportamento individual de risco para a sua saúde e bem-estar, que poderão interferir na qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Metzner & Fischer (2001) em um estudo transversal sobre a fadiga e capacidade para o trabalho, realizado com trabalhadores de turnos diurnos e noturnos de uma

indústria têxtil, obtiveram resultados que indicaram que nem sempre o trabalho noturno é um fator prejudicial à saúde e que variáveis como o turno de trabalho e o estilo de vida são relevantes para explicar a percepção de capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem.

A partir deste contexto e através de uma abordagem ampla do homem e seu trabalho, a ergonomia vem contribuir na avaliação da percepção da qualidade de vida e da capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem que executam seu trabalho em turnos diurno e noturno, no sentido de criar subsídios para promover a melhoria da qualidade de vida e garantir a permanência do trabalhador no seu local de trabalho, trazendo importante contribuição para a vida social, familiar e laborativa do trabalhador.

Entender como os profissionais de enfermagem percebem sua QV e capacidade para o trabalho pode fornecer subsídios para o planejamento de um programa de promoção à saúde e para que as condições de trabalho sejam continuamente melhoradas.

O tema abordado neste estudo certamente, poderá contribuir em muito com o conhecimento científico, que apesar de ter um considerável número de pesquisas, ainda necessita de muita contribuição no sentido de valorizar o profissional na educação continuada.

#### **1.4 Objetivo Geral**

Investigar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem e sua relação com os turnos de trabalho.

#### **1.5 Objetivos Específicos**

Avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do HUOP;

Avaliar a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem do HUOP;

Comparar o perfil de qualidade de vida e o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite;

Relacionar a qualidade de vida com o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem do HUOP.

## **1.6 Questões a Investigar**

Considerando-se os dados coletados no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, procurou-se responder as seguintes questões:

Qual é a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua qualidade de vida?

Qual é a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a sua capacidade para o trabalho?

Há diferença do perfil de qualidade de vida e do índice de capacidade para o trabalho entre os trabalhadores dos turnos manhã, tarde e noite?

Há uma relação entre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida?

## **1.7 Delimitação da Área de Trabalho**

O escopo deste estudo é determinar a percepção da qualidade de vida e a capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem da área da saúde hospitalar, considerando os turnos diurno e noturno de trabalho. A análise será focada na determinação do perfil de qualidade de vida, na atual capacidade para o trabalho e no turno em que o trabalhador desenvolve a sua tarefa, fundamentando-se nos achados da literatura.

## 1.8 Estrutura e Desenvolvimento do Trabalho

Este trabalho é composto por cinco capítulos, no primeiro capítulo estão expostos os principais aspectos a serem desenvolvidos no trabalho e que irão nortear a pesquisa e direcionar os demais capítulos. A exposição do assunto contextualiza o tema pesquisado; o problema de pesquisa mostra a situação a ser pesquisada; a justificativa apresenta as razões relevantes para o maior aprofundamento do assunto emergente; o objetivo geral sintetiza o resultado esperado; os objetivos específicos informam detalhadamente os passos que serão percorridos e para finalizar está a estrutura do trabalho.

O segundo capítulo apresenta a fundamentação teórica, que expõe as informações sobre a atividade de enfermagem, a qualidade de vida, a capacidade para o trabalho e o trabalho em turnos, buscando embasamento teórico e metodológico para relacionar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho com os turnos de trabalho.

No terceiro capítulo trata-se do ferramental utilizado para a realização da pesquisa, apresentando o tipo de pesquisa, a população, os instrumentos utilizados, os procedimentos para a coleta de dados e a análise dos dados, suporte para a resolução do problema central do trabalho.

No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos, atendendo aos objetivos da pesquisa.

O quinto capítulo, referente a conclusão, sintetiza os resultados obtidos com a pesquisa, explicitando de que forma os objetivos iniciais foram alcançados, aduzindo recomendações para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

Por fim, estão incluídas as referências bibliográficas e os anexos, que propiciam uma opção para maiores informações e explicações sobre o exposto no decorrer do trabalho.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O Trabalho de Enfermagem**

A prática profissional de enfermagem compreende a assistência/cuidado, educação e pesquisa e administração. A prática assistencial/cuidado consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este o seu propósito primordial, enquanto que a prática educativa e de pesquisa são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento da prática e o gerenciamento, a planificação e o projeto que envolvem este conjunto, vem sendo compreendido como administração da prática profissional de enfermagem, portanto, é a prática assistencial/cuidado que diferencia os profissionais de enfermagem dos outros profissionais da saúde (TRENTINI & PAIM, 2001).

O trabalho de enfermagem se situa no contexto do setor saúde, sendo portanto, um trabalho coletivo, agregado ao trabalho dos demais profissionais da saúde. Assim, o processo assistencial congrega diferentes trabalhadores, instrumentos e finalidades específicas, com um objetivo comum, que é a saúde do paciente.

Para Leopardi, Gelbcke & Ramos (2001) a enfermagem é um trabalho complexo, combinando três ações básicas, não dissociadas, ou seja, a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem. Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. Cuidar é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em um outro estado de mais conforto e menos dor, logo, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social. Enquanto que, gerenciar tem uma finalidade genérica de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado, e uma finalidade específica de distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem.

No processo de trabalho o cuidado tem como finalidade atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza como ser vivo.



Inicialmente a formação dos enfermeiros era voltada para a Saúde Pública, porém no início dos anos vinte os interesses da Medicina Clínica começaram a direcionar a profissionalização da enfermagem para o campo hospitalar, que por ter um caráter individualista e curativo, este tipo de assistência exigia uma equipe com maior número de pessoal de enfermagem. O avanço da Medicina Hospitalar, no Brasil, se amplia e progressivamente vai se tornando predominante na atenção à saúde (RIZZOTTO, 1999).

A formação dos profissionais de enfermagem ocorre em diferentes graus, a saber: o grau de auxiliar de enfermagem, de técnico de enfermagem e de enfermeiro, que apesar de formar uma equipe com diferentes graus de conhecimento, as suas atribuições ao cuidar do paciente ou cliente são semelhantes. Isto contribui para que a sociedade e até mesmo a equipe de saúde não perceba a diferença entre as diversas categorias da equipe de enfermagem, assim como as funções específicas de cada uma.

De acordo com Costa, Morita & Martinez (2000) ocorre também uma divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre profissionais de diferentes níveis de qualificação, gerando uma importante demanda de pessoal auxiliar de enfermagem.

Segundo Lopes (2000) a concentração dos enfermeiros nos hospitais, propiciou a formação de outras categorias; como o auxiliar de enfermagem, acentuando, assim, a divisão do trabalho em cuidado direto ao paciente, pelos auxiliares, e a administração burocrática, pelos enfermeiros. Esta subdivisão também faz com que a sociedade não perceba as diversas categorias da equipe de enfermagem.

Para Gonzales (1998) a falta de valor social está concretizado nos baixos salários que expressam a desvalorização dos profissionais de enfermagem, que trazem consigo o legado de uma história calcada na submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo.

A consolidação dos hospitais como local para diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde dá origem ao trabalho em equipe, ficando para a enfermagem, além das funções referentes à profissão, a execução da tarefa prescrita pelo médico. Desta forma o que se observa no cotidiano hospitalar é a presença de um grande contingente de trabalhadores na área de enfermagem, que no seu trabalho diário deparam-se com dificuldades inerentes ao seu processo de trabalho e a sua própria subjetividade.

A enfermagem como profissão, tem como pilar o conhecimento científico, este compreendido de modo ampliado em correntes, métodos e técnicas que vão além dos esquemas tradicionais de pesquisa e reconstrói o conhecimento apropriado ao desempenho dos profissionais (TRENTINI & PAIM, 2001).

Os recursos humanos em enfermagem são considerados um dos fatores mais relevantes na operacionalização do sistema de assistência de enfermagem, tanto no que diz respeito aos aspectos quantitativo como qualitativo de pessoal, quanto ao que se refere à função que cada trabalhador deve desenvolver. O cálculo de pessoal deve estar de acordo com a filosofia da assistência de enfermagem pretendida quanto à quantidade de funcionários e a proporção entre as diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem (BENKO, 1989).

A enfermagem é uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que são categorias regulamentadas por lei e que participam de forma direta, através do cuidado individualizado e integral, do processo de cura e reabilitação do paciente. O trabalho desta equipe é desenvolvido em turnos, com carga-horária estipulada de 36 horas semanais. Comumente os turnos de trabalho são das 7:00 às 13:00 h (manhã), das 13:00 às 19:00 h (tarde) e 19:00 às 07:00 h (noite). A jornada de trabalho é pré-estabelecida através de escala de trabalho que atendem à necessidade da instituição. Geralmente existe uma sobrecarga de trabalho devido à disposição de recursos humanos que pode ser insuficiente ou inadequadamente distribuída entre os turnos e setores de trabalho. As atividades de enfermagem se iniciam na passagem de plantão, ou seja, na troca de turno de trabalho.

Os objetivos do trabalho da enfermagem são as atividades inerentes aos cuidados com o paciente e sua família. É um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas vinte e quatro horas do dia, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas pré-estabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos (BECK, 2001).

Segundo Beck (2001) as situações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes que requerem cuidados, tanto físico, quanto emocional, ficam expostos a riscos de ordem física e psíquica. Estas situações de risco têm um significado personalizado para cada trabalhador, com um mecanismo

de defesa também particular. Outro resultado desses aspectos é a satisfação e insatisfação presente no cotidiano dos trabalhadores, sendo importante na qualidade de vida e trabalho. Positivamente o trabalho de enfermagem predispõe a formação de mecanismos de defesa, de resistência de enfrentamento, com os quais os trabalhadores buscam um relativo equilíbrio para a execução de suas tarefas.

Este estudo visou analisar o trabalhador inserido num contexto real, observando como o trabalhador de enfermagem se comporta ao executar o que lhe é imposto pela organização do trabalho e como este comportamento interfere na sua capacidade para o trabalho e qualidade de vida.

A formação profissional recebida nos cursos de enfermagem, técnico ou auxiliar de enfermagem valoriza a prática e com isso ao entrar no mercado de trabalho, estes profissionais são absorvidos pelo trabalho que é fatigante e que exige apenas o fazer, de preferência cumprindo à risca as exigências da instituição (GONZALES, 1998).

Nesta perspectiva, as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, na maioria das vezes, o força a realizar atividades em posturas constrangedoras. Segundo Lautert, Chaves & Moura (1999) essas posturas inadequadas e forçadas potencializam o aparecimento de alterações músculo-articulares e a sobrecarga, tanto qualitativa como quantitativa, de trabalho que produz vários sintomas de estresse psicológico e físico.

A situação de assistir ao doente coloca o profissional de enfermagem em uma posição de total doação, o que muitas vezes leva o trabalhador a abdicar de sua própria saúde em benefício de seu doente. Segundo Tanaka et al. (1988) o profissional de enfermagem deve ter preparo técnico e intelectual, ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. É um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

Dentro deste contexto, os profissionais de enfermagem devem visar a concepção de situações de trabalho que não alterem a sua saúde, locais onde possam exercer suas atividades em um plano individual e coletivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho adaptados às suas características fisiológicas e psicológicas, garantindo deste modo, a manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

## 2.2 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida está presente em muitos estudos, com abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde, e uma visão holística da vida humana, com conceitos específicos de cada área. Porém, para este estudo optou-se por uma acepção global da qualidade de vida, definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998 p.17). Este constructo engloba de maneira ampla a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características salientes do meio ambiente de uma pessoa.

Nesta definição é ressaltada a natureza subjetiva da avaliação, com dimensões; tanto positivas, como negativas, estando arraigada em um contexto cultural, social e ambiental, ressaltando a percepção do respondente sobre sua qualidade de vida.

Para Gonzales (1998) a satisfação no trabalho é um dos pilares fundamentais na construção do conceito de qualidade de vida, devido o trabalho ocupar grande parte da vida, estabelecer relações e dimensionar diferentes possibilidades que emergem da sua maior ou menor valorização social. A qualidade de vida reflete também, o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e para a própria estética existencial de indivíduos e coletividades.

A assistência em enfermagem é uma atividade desgastante e estressante, devido envolver o convívio diário com o sofrimento alheio, exigir constante atualização e habilidades manuais, haver permanente cobrança de responsabilidades, manter bom relacionamento com a clientela e com a equipe multiprofissional, submeter-se a políticas que restringem a sua atuação com a falta de recursos humanos e materiais. Estas condições de trabalho proporcionam uma insatisfação no trabalho, que vem afetar diretamente os profissionais de enfermagem e sua qualidade de vida no trabalho.

A qualidade de vida sob o enfoque da determinação social, abordado por Silva & Massarollo (1998), expressa que o trabalho de enfermagem, realizado sob a necessidade de geração de lucro e competitividade, decorrente da sua inserção específica na prestação de assistência à saúde da sociedade brasileira, gera um

acúmulo de processos destrutivos que comprometem a potencialidade de saúde e vida, desfavorecendo a qualidade de vida.

Os processos destrutivos e os processos potencializadores da saúde ocorrem simultaneamente no momento de trabalho e no momento de consumo. Assim, quando os processos destrutivos se intensificam, ocorre o favorecimento da doença, do envelhecimento precoce e da perda da capacidade ocupacional. Por outro lado, quando os aspectos saudáveis e protetores se expandem há o favorecimento da saúde e da vida. Portanto, é nas contradições da reprodução social que a qualidade de vida é gerada.

Hahn & Camponogara (1997) partindo de situações reais de insatisfação no trabalho da enfermagem, consideram que a conscientização acerca das questões do cotidiano, a visão holística do trabalhador e a democratização do ambiente de trabalho é o caminho para a conquista da cidadania e conseqüente melhores condições de vida no trabalho. Concluem que é através de uma abordagem mais humanizada do trabalhador de enfermagem que minimizará a distância entre o pensar e o agir, proporcionando maior satisfação no ambiente de trabalho e elevado nível de assistência e, por conseguinte, melhor qualidade de vida.

A análise feita por Oliveira (1997) em um estudo sobre as novas formas de organização do trabalho, implantadas pelos Programas de Qualidade Total que modificam as relações de trabalho, podendo ser reportado ao setor hospitalar sob o ponto de vista de que a busca da qualidade do produto, neste caso a qualidade da assistência à saúde, atinge os trabalhadores gerando sobrecargas na saúde física e mental. Concluindo que esses programas são pensados para aumentar a qualidade do produto, sem contudo, modificar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Para Fernandes (1996) os programas de qualidade tendem ao fracasso por não se mostrarem consistentes e não contarem com o comprometimento das pessoas. Outro ponto é supor que se pode obter qualidade de produtos e serviços mesmo quando a qualidade de vida de quem produz apresenta baixos níveis de satisfação. Desta forma, também é observado no âmbito hospitalar uma preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente sem, contudo considerar a satisfação do trabalhador de enfermagem.

Os programas de Qualidade Total promovem melhorias das condições de trabalho e na maioria das vezes, restritas às questões de higiene, limpeza e maior organização nos locais de trabalho. Porém, deixam de abranger pontos

fundamentais para a saúde dos trabalhadores, como o trabalho em turnos e as sobrecargas física e mental do trabalho da enfermagem hospitalar que trazem conseqüências negativas para a qualidade de vida.

Frente às mudanças percebidas e vivenciadas pela sociedade, os serviços têm se forçado a modernizar-se, de forma a reestruturar seu processo de trabalho e investir no seu maior patrimônio: o trabalhador (LENZI & CORRÊA, 2000). Desta forma, a qualidade de vida no trabalho está relacionada diretamente com a satisfação de necessidades, a realização de objetivos, a manutenção de ideais e a saúde do trabalhador. Portanto, a qualidade eleva-se e se torna mais refinada à medida em que o homem satisfaz um número maior de suas necessidades, tornando-se independente (GRAMSCI apud OLIVEIRA, 1997).

A qualidade de vida no trabalho envolve muitas variáveis e subjetividade que dificulta o estabelecimento exato dos determinantes para a sua obtenção e manutenção (TEIXEIRA, 2001). Porém, fatores ambientais, estilo de vida, aspectos cognitivos, sociais e organizacionais devem ser considerados na obtenção da qualidade de vida do trabalhador.

De acordo com Búrigo (1997) o homem sempre se preocupou com a qualidade de vida no trabalho, onde a mesma passa pela percepção da qualidade de vida, pois o trabalho não pode estar isolado da vida das pessoas. Sendo assim, a insatisfação e a alienação no trabalho interferem nas outras esferas da vida.

Para que os programas de qualidade de vida aplicados no local de trabalho, caso dos profissionais pesquisados no HUOP, cumpram com seu objetivo é necessário em primeiro lugar a conscientização e interesse do conteúdo do programa a ser implementado, em segundo lugar que se implante as mudanças nos hábitos a fim de melhorar a qualidade de vida pessoal, e em terceiro lugar; a criação de um ambiente de trabalho que atenda a um estilo de vida saudável (FACCI, 1996). Estes programas devem atender a saúde física, emocional, social, intelectual e espiritual dos trabalhadores, sendo a melhor forma de promover uma melhor qualidade de vida para os funcionários.

Embora as inovações tecnológicas e organizacionais têm melhorado as condições de trabalho, num contexto geral observam-se poucas mudanças nas cargas física e mental do trabalho desenvolvido no setor hospitalar.

Através de um processo educativo, no sentido da transformação da prática pelos benefícios à saúde do trabalhador, proporciona-se uma vivência segura das

atividades da enfermagem. Deste modo, ocorre uma forma de agir melhor, propiciada por um ambiente de trabalho tranqüilo, oferecendo as condições para o desempenho do exercício profissional seguro, que reverta em uma melhor qualidade de vida e de trabalho. Uma qualidade de vida alicerçada no desenvolvimento de uma prática segura e digna de seres humanos trabalhando com seres humanos.

Os profissionais de enfermagem do setor hospitalar atuam de forma curativa, porém este não é um empecilho para que promovam a saúde e a prevenção de outras doenças, intervindo junto ao paciente e sua família, para que melhorem sua qualidade de vida. Uma das estratégias apontadas por Mendes et al. (1994) para que isto se concretize é o treinamento e a educação continuada do próprio trabalhador sobre a promoção da saúde, que os torna mais conscientes e comprometidos em passarem os novos conhecimentos, não só para a clientela, como para os familiares, contribuindo desta forma, para um melhor perfil de qualidade de vida pessoal, familiar e da comunidade.

## 2.3 Capacidade para o Trabalho

A capacidade para o trabalho, dentro da área da saúde ocupacional, pode ser conceituada de acordo com Tuomi et al. (1997) como o quão bem está, ou estará, um trabalhador presentemente, ou num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar o seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de sua capacidade física e mental.

De uma outra forma, pode-se conceituar a capacidade para o trabalho, partindo-se do significado da palavra "capacidade" que é a qualidade que a pessoa tem de satisfazer para determinado fim e da palavra "trabalho" que é a atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento (FERREIRA, 2000). Portanto, capacidade para o trabalho pode ser a qualidade física e/ou mental com que o homem desenvolve o seu trabalho.

Segundo Tuomi et al. (1997) a capacidade para o trabalho é a base do bem-estar para o ser humano e não permanece satisfatória ao longo da vida, sendo afetada por muitos fatores. Entretanto, um ambiente de trabalho saudável e um estilo de vida ativo mudam este prognóstico.

A capacidade para o trabalho, quando considerada como o desempenho efetivo e eficiente de tarefas dentro de uma atividade previamente determinada, resulta em bem-estar para todos os trabalhadores. Desta forma, é necessário intervir positiva e precocemente no sentido de manter uma boa qualidade de vida e na vida pessoal dos trabalhadores (VAHL NETO, 1999).

Muitos estudos abordam o tema capacidade para o trabalho, em áreas de conhecimento e pontos de vista diferentes, obtendo desta forma, variados fatores, positivos e negativos, que geram suas influências sobre a capacidade para o trabalho. A seguir são descritos alguns estudos que têm relação com as metas desta pesquisa.

Resultados encontrados por Bellusci et al. (1999) em um estudo sobre a capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico apontam para a relevância de estressores ambientais e organizacionais do ambiente de trabalho e seu possível impacto sobre a saúde dos trabalhadores em geral. A equipe de enfermagem apresentou 1,9 vez mais chances de perda de capacidade para o



trabalho que os outros funcionários. O sexo feminino também apresentou 1,9 vez mais chances do que o sexo masculino de perderem precocemente a capacidade para o trabalho. A idade não mostrou associação com a perda de capacidade para o trabalho. Este estudo demonstrou a importância da função profissional na perda da capacidade para o trabalho.

Metzner & Fischer (2001) analisando fatores que interferem na percepção de fadiga e capacidade para o trabalho de trabalhadores de turnos fixos diurnos e noturnos obtiveram resultados que indicam que fatores, como maior tempo de trabalho na função, ter dificuldade em adormecer e consumir bebida alcoólica diminuem o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e que melhores condições de trabalho e o trabalho no turno da noite aumentam o índice de capacidade para o trabalho. Verificaram também que o turno de trabalho, as características e o estilo de vida são relevantes para explicar a percepção de capacidade para o trabalho e de fadiga dos trabalhadores.

Ao pesquisar sobre o envelhecimento e condições de trabalho Bellusci (1998) observou que as variáveis sexo, idade e tempo de serviço apresentaram associação significativa com perda da capacidade para o trabalho. Onde as mulheres apresentaram 2,1 vezes mais chance de ter o ICT baixo ou moderado do que os homens, a faixa etária compreendida entre 40 e 50 anos apresentou maior probabilidade de ter o ICT moderado ou baixo e quanto maior o tempo de serviço maior a chance de ter o ICT baixo ou moderado.

Monteiro (1999) ao pesquisar o envelhecimento e capacidade para o trabalho observou que o melhor desempenho no índice de capacidade para o trabalho do grupo de mais idade está relacionado ao fato de terem menos doenças e/ou doenças que causam menor impedimento ao trabalho. Concluindo que na população de estudo o principal fator com efeito negativo na capacidade para o trabalho esteve relacionado à doença e não à faixa etária.

Resultados de uma pesquisa de onze anos realizada por Seitsamo & Ilmarinen (1997) na Finlândia, com trabalhadores municipais, indicaram que os trabalhadores que mantiveram uma boa capacidade para o trabalho foram os que se mantiveram mais ativos e mais satisfeitos com sua vida, que a atividade física aumentou entre os indivíduos de ambos os sexos e que as mulheres aumentaram seu grau de satisfação com sua situação de vida. Concluíram que há uma forte associação entre o estilo de vida, capacidade para o trabalho e saúde, onde indivíduos com atividade

física e mais satisfeitos com sua vida mantiveram uma boa capacidade para o trabalho durante o período do estudo.

Deve existir um equilíbrio entre a capacidade dos trabalhadores e as exigências e fatores estressantes do trabalho para que não se perca a capacidade para o trabalho. Portanto, é necessário uma avaliação freqüente dos agentes que desencadeiam sintomas, lesões, doenças e das melhorias das condições de trabalho. Os estudos sobre o ambiente de trabalho, as alterações fisiológicas, as mudanças na capacidade para o trabalho e a influência da organização e dos aspectos físicos e ergonômicos do trabalho propiciam soluções para incrementar o equilíbrio da relação entre capacidades e demandas de trabalho. É também necessário proporcionar ao trabalhador um estilo de vida ativo e saudável e condições de trabalho adequadas para otimizar a capacidade funcional e a saúde dos trabalhadores (BELLUSCI & FISCHER, 1999).

Monteiro & Gomes (1998) ao pesquisar sobre as características de administração participativa no trabalho e sua relação com a saúde dos trabalhadores, encontraram, com relação à percepção e o significado atribuído ao trabalho, como efeitos positivos à vivência no trabalho, ressaltando a liberdade e o respeito sentido, sendo acrescido de uma melhora na vida fora do trabalho, bom relacionamento com os colegas, com as chefias, a solidariedade e a confiança. Como efeitos negativos sobre as pessoas a intensificação do ritmo de trabalho, que afeta a vida familiar e interfere na saúde do trabalhador. Efeitos estes que de forma direta ou indireta podem influenciar na capacidade para o trabalho.

O processo de envelhecimento normal tem características próprias e esperadas em qualquer pessoa, porém estas características podem modificar-se devido à atividade laboral. Ao exercer sua atividade laboral ao longo da vida, o organismo do trabalhador sofre alterações decorrentes do trabalho e da forma de como ele o exerce. Quando o trabalho é realizado em más condições ambientais de trabalho ou de forma incorreta ele pode acelerar ou agravar o envelhecimento, tornando-o patológico e com sérias repercussões sobre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida destes trabalhadores (ODEBRECHT, GONÇALVES & SELL, 2001).

Vahl Neto (1999) ao relacionar a qualidade de vida e capacidade de trabalho em diferentes faixas etárias de trabalhadores do setor administrativo e operacional de uma companhia elétrica, não constatou diferença significativa no índice de qualidade

de vida e no índice de capacidade para o trabalho entre os funcionários administrativos e operacionais em todas as faixas etárias. Entretanto, verificou a existência de uma pequena correlação entre a capacidade de trabalho e a qualidade de vida, demonstrando que a previsão de interferência acentuada entre as atividades profissionais e a vida das pessoas não é tão relevante quanto ao preconizado pela literatura.

A ergonomia tem o importante papel de projetar os postos de trabalho de forma que possam ser modificados e adaptados à medida em que o trabalhador vai envelhecendo, atendendo ao processo de vida do ser humano.

Resultados obtidos por Tuomi et al. (1997) ao pesquisar as mudanças na capacidade para o trabalho mostraram que a melhoria desta capacidade está relacionada com a diminuição de movimentos repetitivos no trabalho, aumento de atividade física nas horas de lazer e melhores atitudes por parte do supervisor. Enquanto que a deterioração da capacidade para o trabalho está relacionada à falta de reconhecimento e estima, às condições inadequadas do ambiente e do tempo prolongado de trabalho e da vida sedentária.

O próprio trabalhador tem um conceito sobre a sua capacidade para o trabalho, que segundo estudos do Instituto de Saúde Ocupacional na Finlândia, este conceito pode diagnosticar e permitir um prognóstico confiável das mudanças ocorridas na capacidade para o trabalho durante a vida laborativa do trabalhador em diferentes grupos ocupacionais.

## 2.4 Trabalho em Turnos, a Qualidade de Vida e a Capacidade para o Trabalho

O trabalho em turnos vem ocorrendo com uma frequência cada vez maior; com razões que vão desde motivos de ordem técnica e econômica e ao atendimento das necessidades básicas da sociedade, envolvendo assim, o ser humano como elemento principal do processo de trabalho. Desta forma, os trabalhadores são expostos a numerosos fatores perturbadores da saúde, como alterações de ritmos biológicos, perturbações do sono e alterações cardiovasculares, gastrintestinais e nervosas, trazendo desconforto, restringindo a vida social e familiar e potencializando doenças. Tais fatores estabelecem uma complexa relação entre trabalho, qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Devido a determinados aspectos da organização do trabalho, o tempo transforma-se na própria medida da atividade caracterizando a produtividade e sendo a base da remuneração. O tempo biológico desaparece e o trabalhador deve adaptar-se ao quadro temporal que é imposto, enquanto que o trabalho em turnos aumenta em termos de quantidade e qualidade de trabalho exigidas por unidades de tempo. Uma duração diária de oito horas de atividade profissional constitui um limiar, além do qual decai a qualidade ou a quantidade de trabalho executado pelo trabalhador (LAVILLE, 1977).

No ramo de atividade hospitalar, é inadmissível a interrupção de sua assistência em qualquer horário e dia, tendo a instituição de organizar-se com trabalho em turnos para o atendimento continuado à população.

O termo “trabalho em turnos” possui vários constructos e múltiplas combinações na organização do trabalho. A definição de trabalho em turnos proposta por Maurice apud Fischer (1981) é a que melhor expressa os arranjos na organização do trabalho onde no trabalho em turnos, um turno é seguido por outro e há continuação do trabalho interrompido pelo turno precedente por um segundo ou terceiro turno de operações, caracterizado por uma continuidade da produção e uma quebra da continuidade no trabalho realizado por cada trabalhador.

O trabalho em turnos pode ser em esquemas de rotatividade ou fixo, cada um com suas vantagens e desvantagens. Porém, estudos comparativos entre os dois turnos, fixos e rotativos, mostram que os turnos fixos são mais vantajosos do ponto de vista fisiológico. Porém, o mais importante é que a elaboração de um esquema de

trabalho em turnos seja organizada de forma a provocar o menor desgaste possível à saúde e ao convívio social dos trabalhadores.

Existem muitas possibilidades de divisão dos turnos de trabalho, determinados pela carga horária semanal e outras condições especiais de trabalho nas empresas. Na área hospitalar, os turnos de trabalho são comumente organizados em manhã, tarde e noite, sendo equipes de 6 horas diárias para os períodos diurnos e 12 horas para o noturno, num total de 36 horas semanais, sendo os turnos fixos, onde os trabalhadores permanecem sempre no mesmo turno, isto é, trabalham sempre a mesma hora ou período.

Estudos de Fischer (1997) apresentam muitas variáveis que podem melhorar ou piorar a tolerância ao trabalho em turnos, estando ligadas às condições de vida e trabalho como: o meio ambiente, fatores psicossociais, situação política, econômica e social do país, escalas e carga de trabalho; e às características individuais e suas relações com a tolerância ao turno de trabalho. É a interrelação entre estas condições que determinarão a tolerância ao trabalho, sendo distinta para cada trabalhador, tais como: o grau de tolerância e a forma que o trabalhador se adaptará ao trabalho em turnos determinará em grande parte a sua qualidade de vida.

O trabalho dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar está entre uma das profissões amplamente estudadas, onde o trabalho em turnos aparece como um fator estressor, visto que um percentual significativo de pessoas que trabalham neste sistema de horário relata uma série de perturbações, principalmente físicas (LAUTERT, CHAVES & MOURA, 1999). Algumas das perturbações mais conhecidas são os distúrbios do ritmo biológico, as dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, má postura e sobrecarga musculoesquelética, exacerbação de sintomas pré-existentes e doenças mentais e alta demanda mental e psíquica (FISCHER et al. 2000). Muitos destes fatores perturbadores da saúde trazem desconforto, restringem a participação dos trabalhadores nas atividades sócio-familiares, são potencializadores de doenças e diminuem a qualidade de vida.

Costa, Morita & Martinez (2000) estudando os efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social de uma equipe de enfermagem hospitalar concluiu que a saúde é afetada principalmente por distúrbios neuropsíquicos, cardiovasculares e gastrintestinais; a vida social é prejudicada, em primeiro lugar, pela interferência no relacionamento pessoal e familiar, em segundo, pelas restrições das atividades sociais e, em terceiro, pela dificuldade de planejar a vida. Visto que há uma

predominância de indivíduos em plena capacidade produtiva sendo a maioria casada e com filhos. Desta forma evidencia-se a ligação dos efeitos do trabalho em turnos na qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

Entre os horários de trabalho existentes o que causa um maior número de perturbações é o trabalho noturno, devido o organismo humano estar adaptado ao trabalho durante o dia e ao descanso e reconstituição das energias durante a noite. Assim, o trabalho noturno exige atividade do organismo quando ele está predisposto a descansar, e vice-versa. Também a sociedade é organizada para um ciclo diário de trabalho-lazer-sono. A execução do trabalho noturno é influenciada por fatores como o ritmo circadiano, tipo de atividade e características individuais, acarretando alterações do sono, distúrbios gastrintestinais e cardiovasculares, desordens psíquicas e desajustes da vida social e familiar (GRANDJEAN, 1998; IIDA, 1998).

Enfocando a questão de gênero e o trabalho noturno, Rotenberg et al. (2001) observaram efeitos prejudiciais do sono mais sobre as mulheres, e de forma intensa a saúde, o lazer, os estudos e as relações amorosas são afetados tanto nas mulheres como nos homens. Os resultados revelam uma dimensão do trabalho que aparentemente independe do processo de trabalho em si, mas sim, do fato de este ser realizado à noite, resultando numa relação complexa entre trabalho e qualidade de vida.

Segundo a literatura há uma predominância do sexo feminino na força de trabalho na área de enfermagem; assim sendo, há um empobrecimento da qualidade de vida que tem relação com as dificuldades que as mulheres apresentam em realizar concomitantemente os trabalhos de dona de casa e suas atividades profissionais (WAIDELE, 1996). No trabalho em turnos, muitas são as maneiras que diferenciam as mulheres dos homens, indo desde as diferenças biológicas até o seu papel na família, isto as faz sentir dificuldades distintas dos homens. O fato de a dupla carga de trabalho, doméstica e o trabalho profissional fora de casa, faz com que as mulheres sejam mais atingidas (FISCHER, LIEBER & BROWN, 1999).

Regis Filho & Lopes (1997) ao estudar o trabalho noturno e o estresse concluíram que o trabalho noturno possui situações únicas que necessitam soluções personalizadas, que possibilitem uma melhor qualidade de vida não só no trabalho, mas que leve em consideração os aspectos psicossociais de cada trabalhador.

Tanaka et al. (1988) ao estudar algumas condições que podem dificultar a assistência de enfermagem no trabalho noturno observou que a maioria dos

entrevistados trabalha no turno da noite por uma necessidade, que 80,85% tem outro emprego, que a maioria não repousa o tempo necessário para recuperar as energias, que não há período para descanso durante o plantão e nem local adequado para fazê-lo, que há déficit de recursos humanos e que a maioria são insatisfeitos com a assistência prestada no plantão noturno. Todos estes fatores afetam a qualidade da assistência prestada ao cliente. Porém, sob a ótica da ergonomia, estes fatores comprometem primeiramente a saúde física e mental do trabalhador com conseqüências negativas sobre a sua capacidade para o trabalho e sua qualidade de vida.

Dados semelhantes foram encontrados por Salles et al. (2001) ao realizar a análise ergonômica do trabalho em turnos de técnicos de enfermagem onde o trabalho noturno gerou maior carga mental em função da fragilidade dos pacientes neste horário, exigindo mais atenção e a falta de local adequado para descanso gera fadiga e insatisfação com as condições de trabalho. No turno da manhã ocorreu maior desgaste na execução das atividades, por apresentar maior demanda de esforço físico em função dos procedimentos de higiene dos pacientes. Observou-se ainda, que em todos os turnos de trabalho os profissionais estavam satisfeitos com sua qualidade de vida e que os trabalhadores do turno noturno sofrem um grande desgaste físico e mental por não repor o sono no dia posterior ao plantão.

Quanto ao aspecto temporal das atividades de enfermagem, Salles et al. (2001) observou que a distribuição da atividade ocorre em ritmo acelerado e constante em todos os turnos de trabalho, apesar de existirem atividades peculiares a cada turno.

Em conformidade com outros autores, Menezes (1996) relata que o trabalho em turnos e o trabalho noturno têm inconvenientes nos diferentes âmbitos da vida dos indivíduos e que trabalhar no turno noturno leva a dessincronização do seu ritmo biológico e desarmonia com o ambiente social onde o trabalhador está inserido.

Ao estudar a síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos, Regis Filho (2000) observou que trabalhadores do turno da noite e da manhã manifestaram sintomatologia característica de inadaptação ao trabalho em turnos, que inclui sintomas como insônia, problemas familiares e sociais, doenças gastrintestinais e cardiovasculares, depressão, fadiga, entre outras.

As atividades de enfermagem requerem considerável esforço físico e deslocamentos excessivos. Em relação à demanda de trabalho em todos os turnos há uma grande necessidade de aplicação de força física ao cuidar de pacientes

dependentes, adoção de posturas constrangedoras de trabalho, atividade mental intensa ao preencher tickets, preparo e distribuição de medicamentos, carga mental por atividades sob pressão emocional em relação ao tempo de permanência, gravidade e reinternações dos pacientes e carga mental ao executar cuidados pós-morte. Estas características do trabalho de enfermagem refletem consequências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador, afetando a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida.

As várias formas de organização do trabalho têm contribuído para o surgimento de sintomas de insatisfação e precarização das condições de trabalho. A preocupação da ergonomia no processo produtivo também tem sido enfoque de análise, dado os vários níveis de demanda apresentados a partir da necessidade de equacionar e/ou minimizar os efeitos da produção em detrimento da satisfação na organização do trabalho. De forma geral o trabalhador impõe a si próprio um ritmo freqüente de trabalho em todas as atividades, por não conseguir dissociar o trabalho do lazer (LOPES, 2000).

Para Xavier (1997) as organizações começam a entender que a qualidade de vida no trabalho não pode ser dissociada da qualidade de vida do ser humano. Uma melhor qualidade de vida deve ser compartilhada com o empregador e o governo, não podendo ser de responsabilidade só do trabalhador.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

O presente trabalho trata de uma pesquisa do tipo descritiva correlacional. Este tipo de pesquisa permite registrar, analisar e correlacionar os dados coletados, assim como, analisar e interpretar quantitativamente estes dados (RUDIO, 1986; CERVO & BERVIAN, 1983). Portanto, este é um estudo descritivo correlacional entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho desenvolvido na área da saúde hospitalar com os trabalhadores de enfermagem, nos turnos diurno e noturno. Caracterizado como um estudo de levantamento, traçando as características de uma população específica.

#### **3.2 População e Amostra**

A população que participou deste estudo foi uma equipe de funcionários pertencentes ao quadro de recursos humanos do setor de enfermagem de um hospital da rede pública estadual do Paraná, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Constituída por 268 funcionários, de ambos os sexos, de todos os turnos de trabalho, com nível de escolaridade mínima o ensino fundamental com o curso profissionalizante de auxiliar de enfermagem. Portanto, todos os indivíduos possuíam grau de escolaridade compatível com o auto-preenchimento dos questionários.

A amostra selecionada foi a própria população, onde a partir dos dados fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos do HUOP, a qual continha o nome de todos os funcionários da enfermagem da referida instituição, foram excluídos oito funcionários que se encontravam em atestado médico, férias ou licença maternidade. Sendo considerados apenas os trabalhadores que se encontravam no exercício ativo de suas funções durante o período da coleta dos dados, totalizando 260 funcionários (N = 260) como a população de estudo.

Para se obter o tamanho mínimo da amostra necessária utilizou-se a fórmula proposta por Stevenson (1981):  $n = (N \times n_0) / (N + n_0)$ , que resultou como tamanho da amostra um  $n = 158$ , conforme o cálculo a seguir:

$$\text{Fórmula: } n = (N \times n_0) / (N + n_0)$$

$$\text{Onde: } N = 260,$$

$$n_0 = 1/(0,05)^2 = 400,$$

$$n = 158$$

Este número mínimo de indivíduos participantes foi calculado admitindo-se um erro amostral máximo de 5% ( $E_0 = 0,05$ ) com um nível de confiança de 95%.

### 3.3 Instrumentos Utilizados

Utilizou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100), na sua versão abreviada, o WHOQOL-BREF. Para avaliar a capacidade para o trabalho utilizou-se o instrumento de Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), proposto pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia. Ambos são instrumentos de auto-avaliação e, portanto auto-explicativos, sendo de fácil aplicação, vindo ao encontro dos objetivos deste estudo (Anexo A).

Para a caracterização do turno de trabalho, ter ou não, outro emprego e dados pessoais foi feita uma pergunta direta e objetiva, visando a extração dos dados necessários.

O WHOQOL é um instrumento que se baseia nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e negativas (p. ex. dor) (OMS, 1998).

A versão em português do instrumento WHOQOL-BREF foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídos do WHOQOL-100, é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente,

consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Quadro 1), porém no WHOQOL-BREF cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma questão (FLECK et al. 2000).

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

<p><b>Domínio 1 – Domínio físico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor e desconforto</li> <li>2. Energia e fadiga</li> <li>3. Sono e repouso</li> <li>9. Mobilidade</li> <li>10. Atividades da vida cotidiana</li> <li>11. Dependência de medicação ou de tratamentos</li> <li>12. Capacidade de trabalho</li> </ol>
<p><b>Domínio 2 – Domínio psicológico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sentimentos positivos</li> <li>5. Pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>6. Auto-estima</li> <li>7. Imagem corporal e aparência</li> <li>8. Sentimentos negativos</li> <li>24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais</li> </ol>
<p><b>Domínio 3 – Relações sociais</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Relações pessoais</li> <li>14. Suporte (apoio) social</li> <li>15. Atividade sexual</li> </ol>
<p><b>Domínio 4 – Meio ambiente</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Segurança física e proteção</li> <li>17. Ambiente no lar</li> <li>18. Recursos financeiros</li> <li>19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer</li> <li>22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)</li> <li>23. Transporte</li> </ol>

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000)

O WHOQOL-BREF fornece um perfil da qualidade de vida obtido através dos escores dos quatro domínios, onde quanto mais alto os escores, melhor é a qualidade de vida. As duas questões gerais são examinadas separadamente: onde a primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua saúde. Os quatro domínios indicam a percepção individual da qualidade de vida do trabalhador. Cada uma das 24 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5. Para o cálculo manual de cada domínio há uma equação que resulta em um escore bruto. O escore bruto é então convertido em um escore transformado, utilizando-se uma tabela de referência. O método de transformação converte os escores brutos em uma escala de 4 a 20, comparável com o WHOQOL-100, e em uma escala de 0 a 100 (WHO, 1996). Os escores dos domínios podem ser agrupados e então revelar um escore único para a qualidade de vida.

O índice de capacidade para o trabalho (ICT) foi traduzido e adequado pelo grupo “Brasildade” formado por pesquisadores de instituições brasileiras (BELLUSCI, 1998). É um instrumento que revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho. Será utilizado apenas o escore final, retratando o próprio conceito do trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho como: capacidade para o trabalho baixa, moderada, boa ou ótima.

O ICT é determinado pelas respostas das várias questões que o compõem, que levam em consideração as demandas físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e capacidades. O questionário é preenchido pelo próprio trabalhador, portanto, o resultado revela a percepção que o trabalhador tem sobre a própria capacidade para o trabalho (TUOMI et al. 1997). É composto por sete itens, cada um compreendendo uma, duas ou três questões e a cada resposta é creditado um número de pontos (escore), como apresentado no Quadro 2.

O número de pontos referente ao item 2 (capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho), é ponderada de acordo com o trabalho ser fundamentalmente físico ou mental. Para o caso do trabalho de enfermagem, que tem exigências tanto físicas como mentais, o escore permanece inalterado, onde o escore se refere ao número da resposta assinalada no questionário.

Quadro 2: Itens abrangidos, número de questões e escore das respostas do ICT

Item	Nº de questões	Escore das respostas
1. capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida	1	0-10 pontos, valor assinalado no questionário.
2. capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3. número atual de doenças diagnosticadas por médico	1 (lista de 51 doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos nenhuma doença = 7 pontos
4. perda estimada para o trabalho devido às doenças	1	1-6 pontos (valor circulado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. faltas ao trabalho por doenças no último ano	1	1-5 pontos (valor circulado no questionário)
6. prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos	1	1-4 ou 7 pontos (valor circulado no questionário)
7. recursos mentais	3	Os pontos da questão são somados e o resultado é contado da seguinte forma: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: Adaptado de Tuomi et al. (1997)

A quantidade de pontos alcançada em cada questão é somada, resultando em um escore final. O escore final pode variar de 7 a 49, classificados da seguinte forma: de 7 a 27 pontos = baixa capacidade para o trabalho; de 28 a 36 pontos = moderada capacidade para o trabalho; de 37 a 43 = boa capacidade para o trabalho; e de 44 a 49 = ótima capacidade para o trabalho.

### **3.4 Procedimentos para a Coleta de Dados**

A coleta de dados procedeu-se primeiramente obtendo-se a concordância por parte da direção geral do Hospital Universitário para a aplicação da pesquisa aos funcionários da enfermagem. A seguir procedeu-se a entrega dos questionários, os quais foram entregues em mãos para cada funcionário no seu posto e turno de trabalho. O local definido para a devolução dos questionários foi a sala de enfermagem, devido todos os funcionários terem livre acesso.

O período para a entrega e recolhimento dos questionários foi de 15 dias devido as folgas existentes na escala de trabalho que impossibilitou a entrega e devolução dos questionários num mesmo dia. Todos os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados. Para a participação na pesquisa cada trabalhador assinou um termo de consentimento, além do conhecimento da não obrigatoriedade de preenchimento do questionário.

### **3.5 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi feita pela estatística descritiva inferencial ANOVA, com análise de variância pelo teste de Scheffé e teste de LSD (Least Significant Difference), através do pacote estatístico SPSS 10.0. Efetuou-se o tratamento dos dados através do cálculo de médias e medianas, desvio padrão, significância e valores mínimos e máximos. A apresentação dos dados foi feita em tabelas e gráficos, interpretando as medidas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo destina-se à apresentação da análise e da discussão dos resultados da pesquisa, sendo composto pela caracterização da instituição, população, pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e pela Qualidade de Vida (QV) dos profissionais de enfermagem estudados, cruzando estes dados com o turno de trabalho no qual o trabalhador exerce sua função.

### **4.1 Caracterização da Instituição**

A instituição alvo deste estudo é um hospital geral da rede pública estadual transformado em Hospital Universitário do Oeste do Paraná no ano de 2001 para atender às necessidades relacionadas ao campo de estágio para ensino-assistência dos cursos da área de saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Além disso, presta assistência à saúde no âmbito da promoção e recuperação aos seus usuários.

O hospital ainda não possui definidos os seus objetivos, filosofia e estrutura organizacional. Observa-se que as diretrizes políticas da instituição são voltadas somente para os seus usuários externos e ensino. Não havendo programas de prevenção e promoção à saúde que beneficiem os seus funcionários.

O HUOP conta com um quadro de pessoal de enfermagem de 268 servidores para atender à demanda de trabalho exigida dos 137 leitos ativados com uma média de 750 internamentos mês, segundo os dados fornecidos pelo setor de estatística do HUOP.

4.2 Caracterização da População

Os dados gerais de identificação da população de estudo foram analisados de acordo com a idade, gênero, estado civil, outro emprego e cargo/função.

A população total é de 268 funcionários de enfermagem, destes, 8 foram excluídos porque se encontravam em licença maternidade, férias e atestado médico no período da coleta dos dados, restando 260 funcionários, para os quais foram entregue o questionário. Dos 260 questionários entregues, retornaram 183 sendo que 09 estavam incompletos, 06 em branco e 168 completos.

Portanto, a população do estudo ficou composta por 168 profissionais de enfermagem, expressando uma margem de erro de 4,7%, já que o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 158 participantes (n=158). Como os questionários foram entregues a todos os funcionários em exercício ativo de sua função, pode-se inferir que a amostra deste estudo é a própria população.

Os dados da estatística descritiva (média, desvio padrão, escore mínimo e máximo) entre a variável cargo/função e as variáveis ICT e QV, apresentados na Tabela 1, demonstraram não haver diferença significativa ( $p<0,05$ ) entre os resultados do grupo de enfermeiros e o grupo de auxiliares de enfermagem quanto aos escores de ICT e QV obtidos ( $p=0,752$  para ICT e  $p=0,703$  para QV).

Tabela 1: Resultado da estatística descritiva dos escores de QV e ICT em relação ao cargo/função (n=168)

Cargo/função	Qualidade de Vida				Índice de Capacidade para o Trabalho			
	Média	Dp	Escore mínimo	Escore máximo	Média	dp	Escore mínimo	Escore máximo
Enfermeiro	66,13	12,66	37,50	92,50	40,88	5,29	21	48
Auxiliar de enfermagem	67,08	11,39	36,00	90,70	41,24	5,24	20	49
Total	66,93	11,56	36,00	92,50	41,18	5,24	20	49

QV =  $p=0,703$  e ICT =  $p=0,752$



Sendo assim, esta relação indicou que o cargo/função exercido pelo profissional de enfermagem não interferiu nos escores de ICT e QV em nenhum dos turnos de trabalho analisados e, portanto, os participantes puderam ser agrupados em uma única categoria para fins da análise dos dados. Desta forma a população foi classificada pelo turno de trabalho em que exercem sua função: manhã, tarde ou noite, atendendo aos objetivos propostos para esta pesquisa.

Quanto à distribuição dos indivíduos por turno de trabalho a amostra ficou constituída por 67 (39,88%) trabalhadores no turno da manhã, 44 (26,19%) no turno da tarde e 57 (33,93%) no turno da noite.

A maior concentração de trabalhadores observada no turno da manhã, se deve ao fato de ser o período com o maior número de tarefas ligadas ao trabalho da enfermagem a serem executadas pelos profissionais. Já a concentração observada no turno noturno é devido ao esquema da escala de trabalho que é de 12/36 horas, isto é, doze horas de trabalho para trinta e seis horas de folga, necessitando de dois grupos de trabalho.

A distribuição dos funcionários quanto à quantidade deve ser feita de acordo com os requisitos técnicos e operacionais inerentes à unidade de internação, garantindo a segurança e a qualidade da assistência ao paciente. Sendo que o quadro de profissionais de enfermagem estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem para as 24 horas de cada unidade de serviço considera o sistema de classificação de pacientes, as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito (COFEN, 1996).

Para análise da idade os indivíduos foram separados em faixas etárias decimais a partir dos 19 anos de idade, devido ser a menor idade encontrada. A idade média da população foi de 33 anos e 7 meses (desvio padrão 9,17). Estando de acordo com Bellusci et al. (1999) que ao estudar trabalhadores de enfermagem obtiveram idade média de 34,10 anos.

Analisando-se a idade dos trabalhadores por turno (Figura 1), observou-se que no turno da manhã variou de 19 a 59 anos, com média de 35 anos e 6 meses, no turno da tarde variou de 19 a 55 anos, com média de 31 anos e 7 meses e no turno noturno variou de 20 a 52 anos, com média de 33 anos e 2 meses. Quanto a faixa etária prevalente, encontrou-se no turno da manhã a faixa de 29 a 38 anos com 40,30%, no turno da tarde a faixa de 19 a 28 anos com 43,18% e no turno da noite a faixa de 29 a 38 anos com 42,11%.

Com relação à idade, a amostra constitui-se de adultos jovens, sendo a faixa etária de 29 a 38 anos a de maior concentração, com 38,69% dos trabalhadores, quando considerado os trabalhadores de todos os turnos de trabalho. Costa, Morita & Martinez (2000) ao pesquisar trabalhadores de enfermagem obtiveram resultados semelhantes com predomínio da faixa etária de 25 a 30 anos.

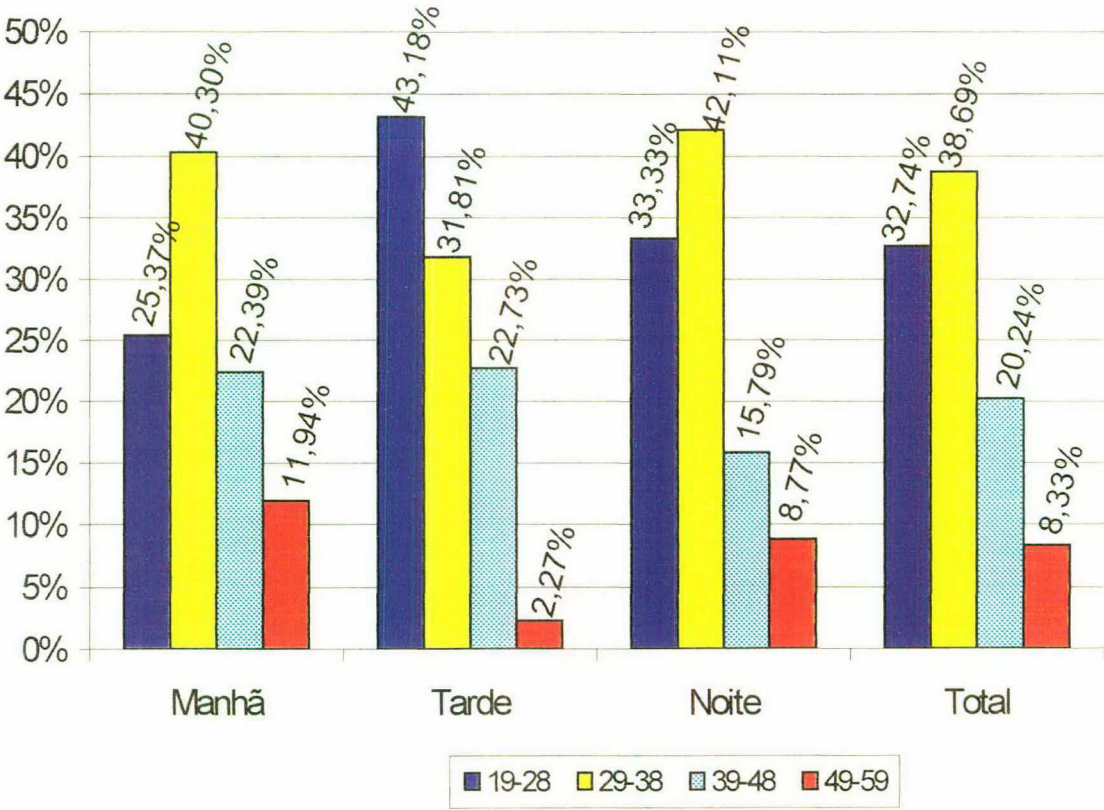


Figura 1: Distribuição da população por faixas etárias (n=168).

Quanto ao gênero (Figura 2) observou-se que houve predomínio do gênero feminino com 92,86%, enquanto o gênero masculino representou 7,14% dos participantes. Estando prevalente a presença feminina em todos os turnos de trabalho com 94,03% no turno da manhã, 90,90% no turno da tarde e 92,98% no turno noturno, já o gênero masculino ficou representado por 5,97% no turno da manhã, 9,10% no turno da tarde e 7,02% no turno noturno.

Estes resultados estão de acordo com o encontrado na literatura, que segundo Costa, Morita & Martinez (2000) há uma tendência crescente do gênero feminino dominar a força de trabalho entre os profissionais da área de enfermagem.

Lautert, Chaves & Moura (1999) ao estudar enfermeiros, também observaram predominância do gênero feminino, onde 97% dos participantes de seu estudo eram mulheres.

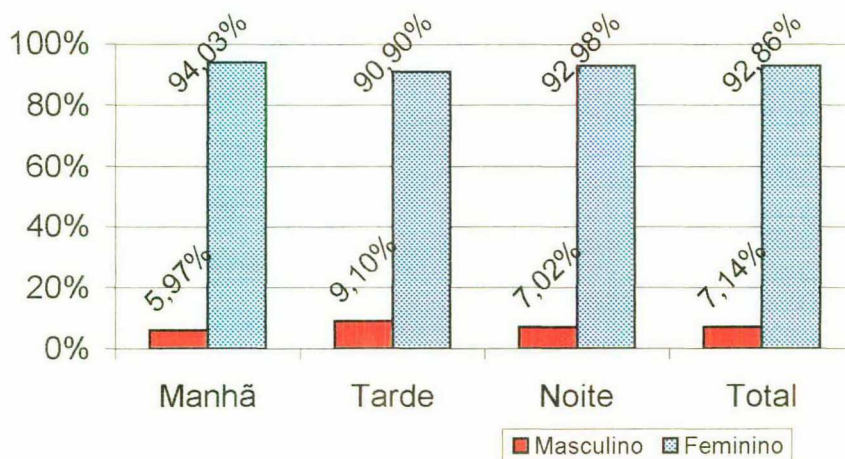


Figura 2: Distribuição da população de acordo com o gênero (n=168).

Quanto ao estado civil (Figura 3) os resultados mostraram prevalência de casados com 42,85%, a seguir ficaram os solteiros com 29,16%, os que vivem com companheiro com 15,47%, os separados com 10,12% e os viúvos com 2,38%. Esta predominância de indivíduos casados também foi encontrada por Costa, Morita & Martinez (2000), Bellusci et al. (1999) e Lautert, Chaves & Moura (1999) que encontraram trabalhadores em plena capacidade produtiva e com filhos, indicando que suas vidas familiar e pessoal sofrem restrições em decorrência do esquema de trabalho em turnos.

O estado civil dos trabalhadores em relação ao turno de trabalho ficou distribuído da seguinte forma: no turno da manhã prevaleceram os casados com 44,78%; no turno da tarde prevaleceram os solteiros e casados ambos com 34,09% da amostra; e no turno da noite a maioria eram casados com 47,37% e não houve nenhum



trabalhador na condição de viúvo. Estes resultados indicam que os profissionais de enfermagem do HUOP estudados estão expostos a fatores estressantes ocupacionais e também domiciliares que influenciam a QV e capacidade para o trabalho.

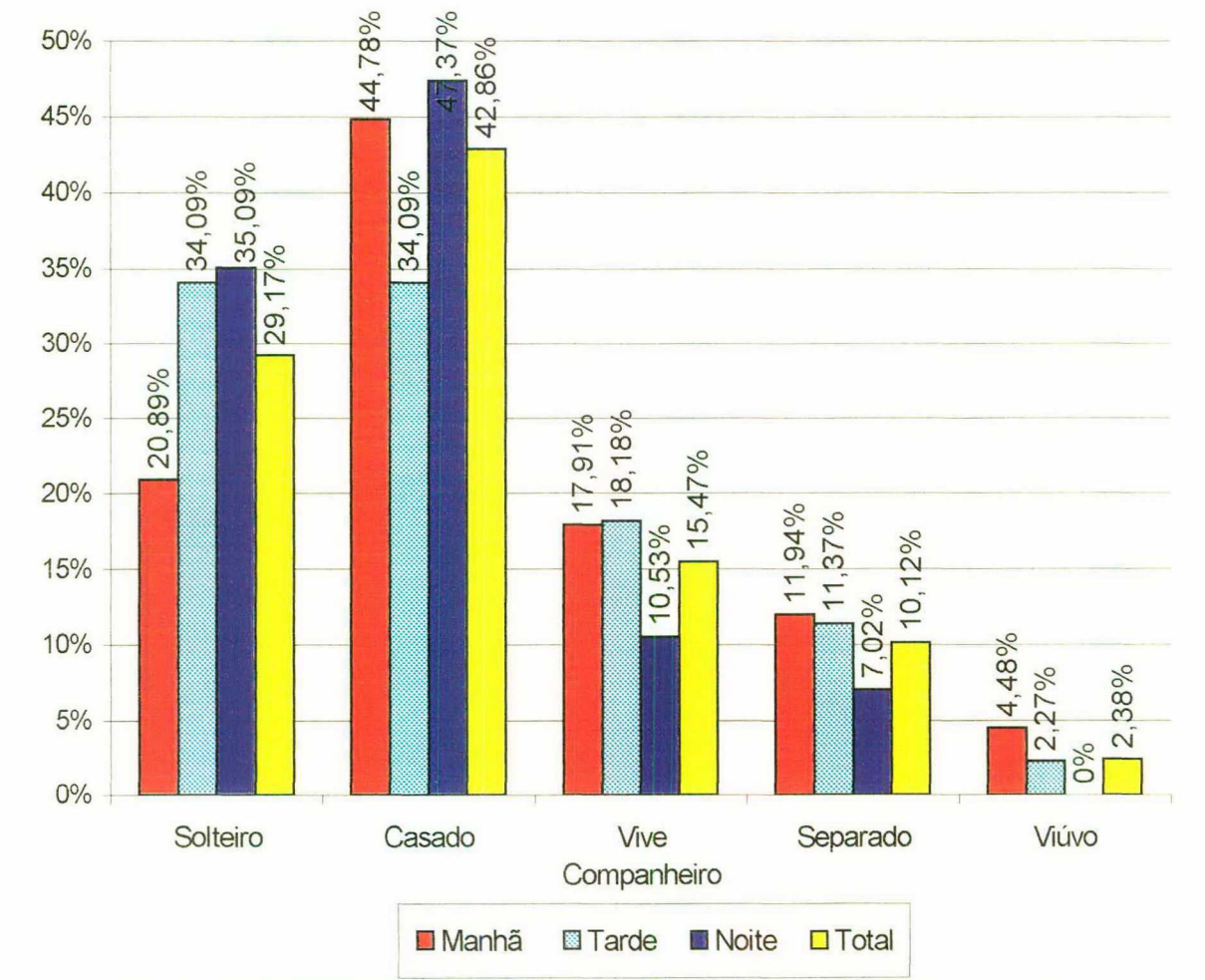


Figura 3: Distribuição da população de acordo com o estado civil (n=168).

Quanto ao dado outro emprego (Figura 4) observou-se a prevalência de indivíduos que têm um único emprego, representando 61,91% do total dos participantes, já os indivíduos que têm outro emprego representam 38,09%. Sendo que, no turno da manhã 71,64% dos profissionais responderam que têm apenas um único emprego, no turno da tarde 54,55% têm apenas um único emprego e no turno da noite 56,14% têm apenas um único emprego.

A distribuição dos trabalhadores segundo o turno de trabalho mostrou que os trabalhadores do turno da manhã têm uma tendência a não ter outro emprego, porém os trabalhadores dos turnos da tarde e noite têm uma maior tendência a ter outro emprego. Resultados encontrados por Tanaka et al. (1988) ao estudar a assistência de enfermagem no turno da noite em três hospitais governamentais, mostraram que 80,85% de sua amostra tinham outro emprego.

Neste estudo não se considerou o possível trabalho doméstico, sendo uma situação que pode subestimar os resultados, pois, de acordo com o descrito na literatura pesquisada o trabalho doméstico gera uma dupla jornada de trabalho, que de forma positiva ou negativa influencia a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida das pessoas. Esta consideração associada ao fato de a maioria dos trabalhadores ter apenas um emprego pode ter contribuído para os altos escores de ICT e QV apresentados pelos profissionais de enfermagem do HUOP.

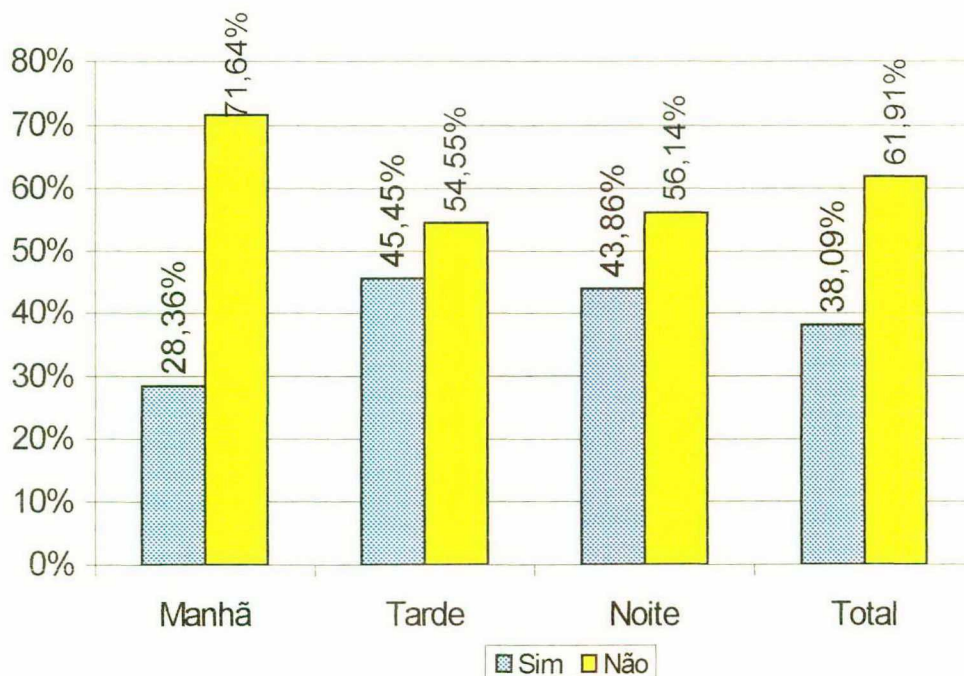


Figura 4: Distribuição da população quanto a ter ou não outro emprego (n=168).



Analisando-se quanto ao cargo/função exercido (Figura 5) observou-se a presença de enfermeiros em 15,48% da população, havendo prevalência, em todos os turnos de trabalho, de auxiliares de enfermagem com 84,52 % da população.

Resultados semelhantes foram encontrados por Costa, Morita & Martinez (2000) que observaram o predomínio do auxiliar de enfermagem com 64,65% contra 5,45% de enfermeiros, justificado pela divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre o pessoal de diferentes níveis de qualificação e por ser menos custoso. A não presença do profissional técnico de enfermagem no quadro de funcionários do HUOP se deve a ausência desta vaga no quadro de Recursos Humanos da instituição.

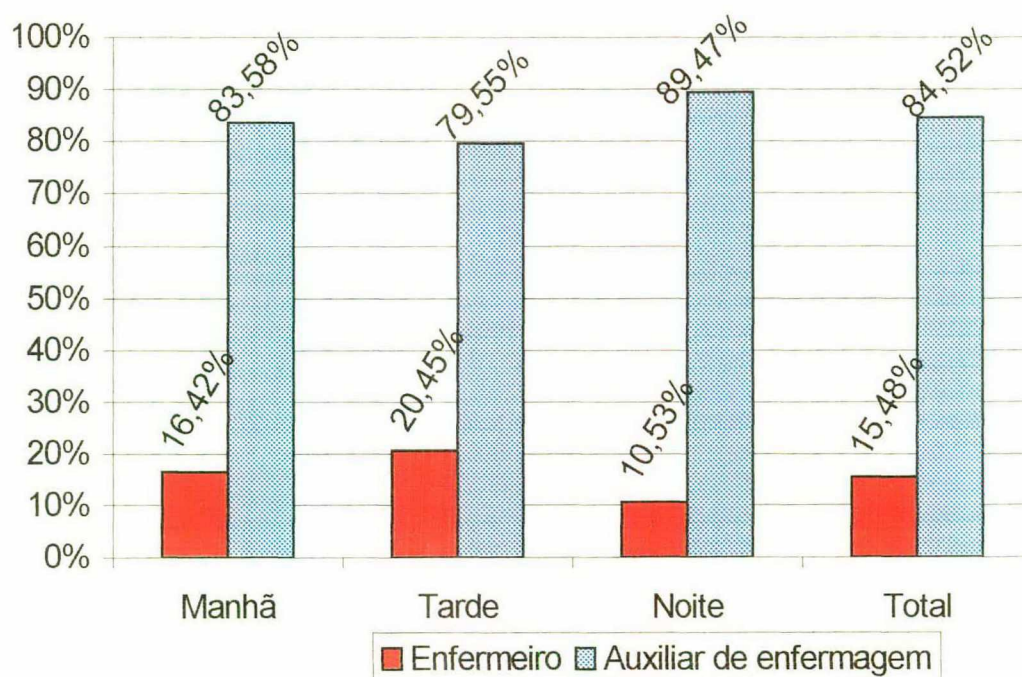


Figura 5: Distribuição da população de acordo com o cargo/função (n=168).

### 4.3 Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Neste item são apresentados os resultados do questionário de ICT, classificando os indivíduos de acordo com o escore alcançado em uma das seguintes categorias: capacidade para o trabalho baixa, moderada, boa ou ótima.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos resultados do questionário de ICT apresentada pelos trabalhadores nos diferentes turnos. Observou-se que no turno da manhã 37,31% dos trabalhadores obtiveram ICT ótimo, 41,79% bom, 16,42% moderado e 4,48% baixo; no turno da tarde obteve-se 34,09% dos trabalhadores com ICT ótimo, 47,73% bom e 18,18% moderado; no turno da noite 91,22% dos trabalhadores dividiram-se igualmente entre ICT ótimo e bom e 8,77% com ICT moderado. Verificou-se que no turno da tarde e da noite não houve nenhum trabalhador com ICT baixo.

Quando estes resultados foram analisados no geral, observou-se que a maioria (83,93%) dos trabalhadores apresentou ICT bom (44,64%) ou ótimo (39,29%) e que 14,29% apresentou ICT moderado e 1,79% ICT baixo. Estes dados evidenciam que os profissionais de enfermagem do HUOP possuem uma capacidade para o trabalho boa, levando a inferir que estes trabalhadores se encontram em sua plena performance para o trabalho, considerando-se que são adultos jovens. Porém, segundo Bellusci & Fischer (1999) estes resultados mostram a necessidade de melhorar as condições de trabalho prevenindo os danos à saúde que poderiam ter influência na perda da capacidade para o trabalho garantindo a permanência destes profissionais no seu emprego.

Os trabalhadores do turno da manhã revelaram um importante dado, sendo o único turno a apresentar escores de ICT baixo. Dado à peculiaridade deste resultado, talvez este seria um ponto a ser investigado em maior profundidade em estudo posterior.

A partir destes resultados devem ser tomadas as medidas propostas por Tuomi et al. (1997), que de acordo com os escores encontrados neste estudo 1,79% dos profissionais de enfermagem devem ter sua capacidade para o trabalho restaurada, 58,93% devem ter sua capacidade para o trabalho melhorada e 39,29% devem manter a capacidade para o trabalho atual. Porém, a necessidade de medidas de apoio dependem também da capacidade funcional e das próprias condições de



trabalho existentes, o que traz uma limitação ao estudo, pois no presente estudo não foi possível investigar estas variáveis.

Tabela 2: Distribuição dos indivíduos de acordo com as categorias de ICT (n=168).

ICT	Turno de trabalho (%)			Total
	Manhã	Tarde	Noite	
Baixo (7 a 27)	4,48	-	-	<b>1,79</b>
Moderado (28 a 36)	16,42	18,18	8,77	<b>14,29</b>
Bom (37 a 43)	41,79	47,73	45,61	<b>44,64</b>
Ótimo (44 a 49)	37,31	34,09	45,61	<b>39,29</b>

Estes resultados fornecem subsídios para o planejamento de um programa de saúde que venha promover uma melhor capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem e consequentemente melhorar a QV.

Na Figura 6 são apresentados os dados da estatística descritiva (média, desvio padrão, escore mínimo e máximo) dos escores de ICT em cada turno de trabalho. A análise de variância (ANOVA) demonstrou não haver diferenças significativas, quando comparou-se as médias de ICT entre os diferentes turnos de trabalho. A média dos escores observada no turno da manhã foi de 40,58; no turno da tarde foi de 40,64; e no turno da noite foi de 42,32.

Os trabalhadores do turno noturno obtiveram os melhores escores de ICT com média de 42,32 e valor mínimo de 33 e máximo de 49. Estando tal resultado de acordo com um estudo de Metzner & Fischer (2001), que através da análise de regressão linear múltipla obtiveram que o trabalho no turno noturno aumentou o ICT em 2,27 unidades.

A mediana dos escores de ICT foi de 41,18, que quando comparada aos valores de referência para o ICT resulta em um ICT bom, isto é, de forma geral os profissionais de enfermagem encontram-se atualmente com uma boa capacidade



para o trabalho, mesmo assim necessitam ter sua capacidade para o trabalho melhorada como forma de prevenção.

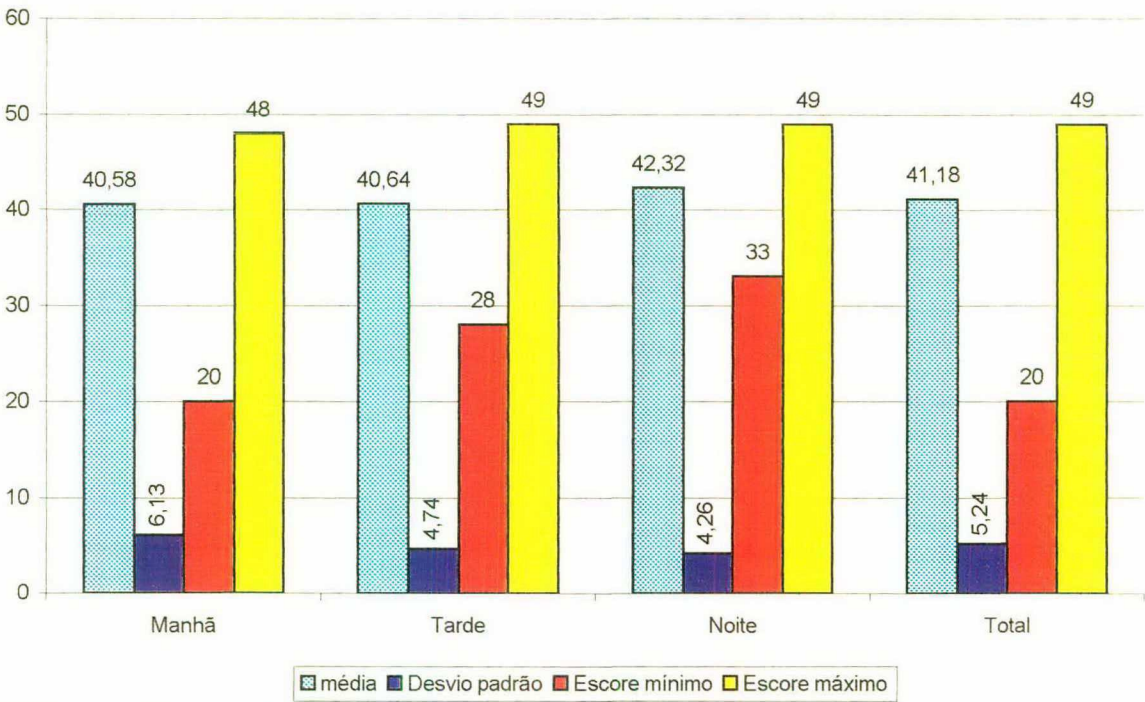


Figura 6: Resultados dos escores de ICT por turno de trabalho (n=168).

Na Tabela 3 são apresentados os resultados dos escores de ICT obtidos em cada faixa etária, que quando comparadas estas médias com os valores de referência para o ICT determina-se que os indivíduos das faixas etárias de 19 a 28, 29 a 38 e 39 a 48 tem uma boa capacidade para o trabalho e o grupo etário de 49 a 59 tem uma capacidade para o trabalho moderada.

Comparando-se as médias, observou-se que as faixas etárias de 19 a 28, 29 a 38 e 39 a 48 obtiveram médias estatisticamente semelhantes. A faixa etária de 49 a 59 anos diferiu das demais, apresentando a menor média (36,71) do escore de ICT.

A partir destes dados, pode-se inferir que o fator envelhecimento cronológico leva a uma maior probabilidade de diminuir os escores do ICT, portanto quanto mais idade maior a chance de perda da capacidade para o trabalho. Entretanto, um estudo de Bellusci et al. (1999) sobre envelhecimento e capacidade para o trabalho não mostrou associação da idade com perda de capacidade para o trabalho.

Para Odebrecht et al. (2001) as características normais do envelhecimento podem ser aceleradas e/ou agravadas pelas condições adversas do trabalho e com isso influenciar a capacidade para o trabalho dos indivíduos.

O fato de ser uma população de adultos jovens leva a inferir que o tempo de serviço seja curto tendo contribuído para os bons índices de ICT. O que pode estar respaldado em um estudo de Bellusci & Fischer (1999) onde observaram que quanto maior o tempo de serviço maior o risco de ter ICT baixo ou moderado.

Tabela 3: Comparação dos escores de ICT por faixas etárias.

Faixa etária	n	média	Escore mínimo	Escore máximo
19 a 28	55	41,51 <sup>a</sup>	28	49
29 a 38	65	41,54 <sup>a</sup>	21	49
39 a 48	34	41,82 <sup>a</sup>	27	48
49 a 59	14	36,71 <sup>b</sup>	20	45
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>41,18</b>	<b>20</b>	<b>49</b>

p<0,05. a ≠ b

A Tabela 4 apresenta os dados sobre ICT e estado civil, onde observou-se que os solteiros obtiveram escore médio de 41,53, os casados 41,25, os que vivem com companheiro 39,54, os separados 43,76 e os viúvos 35,50. Estes dados identificaram que os viúvos apresentaram capacidade para o trabalho moderada e os demais estados conjugais uma boa capacidade para o trabalho. O que leva a inferir que o fato dos indivíduos viúvos serem de uma faixa etária de maior idade tenha contribuído para estes resultados, já que neste trabalho o envelhecimento está relacionado com a perda de capacidade para o trabalho.

Considerando-se como variável dependente os escores de ICT e como variável independente o estado civil, observou-se que os viúvos diferem dos solteiros, casados e separados, apresentando ICT mais baixo. Os indivíduos que vivem com companheiro diferem dos separados, apresentando escores mais baixos de ICT.



Esta situação mostra que o estado conjugal foi um fator influente na perda da capacidade para o trabalho. Bellusci et al. (1999) também observaram que o estado conjugal de separado e viúvo tem maior chance de perda da capacidade para o trabalho.

Tabela 4: Comparação dos escores do ICT por estado civil.

Estado civil	n	média	dp	Escore Mínimo	Escore Máximo
Solteiro	49	41,53 <sup>a</sup>	4,35	29	49
Casado	72	41,25 <sup>b</sup>	5,25	20	49
Vive companheiro	26	39,54 <sup>c</sup>	6,71	21	48
Separado	17	43,76 <sup>d</sup>	3,29	35	48
Viúvo	4	35,50 <sup>e</sup>	5,69	32	44
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>41,18</b>	<b>5,24</b>	<b>20</b>	<b>49</b>

F 3,053.  $p < 0,05$ . a, b, d  $\neq$  e; c  $\neq$  d

#### 4.4 Qualidade de Vida (QV)

As respostas do instrumento WHOQOL-BREF foram analisadas de acordo com os escores obtidos pela conversão dos escores brutos em escores transformados, utilizando-se a escala de transformação de 0-100, conforme o manual do WHOQOL-BREF (WHO, 1996). Primeiramente serão analisados os resultados referentes às duas questões gerais, que tratam da percepção que o indivíduo tem de sua qualidade de vida e de sua saúde.

A seguir serão analisados os escores do questionário do WHOQOL-Bref, a fim de, estabelecer o perfil da qualidade de vida dos profissionais em enfermagem do HUOP. Além disso, relacionou-se estes resultados com o turno de trabalho, a idade e o estado civil dos trabalhadores.

A Tabela 5 apresenta os resultados referentes a primeira questão que avaliou a percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua qualidade de vida geral. Observou-se

que a amostra distribuiu-se da seguinte forma: 1,19% a avaliaram como muito ruim, 4,17% como ruim, 25% como nem ruim nem boa, 62,50% como boa e 7,14% como muito boa.

Quando as respostas foram analisadas em relação ao turno de trabalho, observou-se que no turno da manhã 5,97% dos respondentes consideraram sua QV ruim; 19,40% nem ruim, nem boa; 65,67% boa e 8,96% muito boa. No turno da tarde 2,27% consideraram muito ruim; 4,54% ruim; 20,46% nem ruim, nem boa; 70,46% boa e 2,27% muito boa. No turno da noite 1,75% muito ruim; 1,75% ruim; 35,09% nem ruim, nem boa; 52,63% boa e 8,77% muito boa. Somente no turno da manhã nenhum indivíduo considerou sua qualidade de vida muito ruim.

Tabela 5: Resultados das respostas sobre a percepção da QV.

Escore da questão 01	Turno de trabalho (%)			Total
	Manhã	Tarde	Noite	
1- muito ruim	-	2,27	1,75	<b>1,19</b>
2- ruim	5,97	4,54	1,75	<b>4,17</b>
3- nem ruim, nem boa	19,40	20,46	35,09	<b>25,00</b>
4- boa	65,67	70,46	52,63	<b>62,50</b>
5- muito boa	8,96	2,27	8,77	<b>7,14</b>

De uma forma geral os resultados, apresentados na Tabela 5, evidenciaram que os profissionais de enfermagem do HUOP estudados tiveram uma boa percepção de sua qualidade de vida. O que pode ser corroborado por Gonzales (1998) que considera que a compreensão do significado de QV que o trabalhador tem vai interferir de forma muito positiva na qualidade de vida no trabalho.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados da segunda questão que avaliou a percepção do indivíduo sobre a sua saúde. Observou-se que 1,78% estavam muito insatisfeitos, 7,74% insatisfeitos, 16,67% nem satisfeitos nem insatisfeitos, 55,95% satisfeitos e 17,86% muito satisfeitos com a sua saúde.



Em relação a análise das respostas por turno de trabalho observou-se que no turno da manhã 10,45% mostraram-se insatisfeitos; 13,43% nem satisfeitos, nem insatisfeitos; 58,21% satisfeitos e 17,91% muito satisfeitos. No turno da tarde 6,82% mostraram-se muito insatisfeitos; 6,82% insatisfeitos; 15,91% nem satisfeitos, nem insatisfeitos; 50,10% satisfeitos e 11,36% muito satisfeitos. No turno da noite 5,26% insatisfeitos; 21,05% nem satisfeitos, nem insatisfeitos; 50,88% satisfeitos e 22,81% muito satisfeitos. Somente o turno da tarde apresentou trabalhadores muito insatisfeitos com a sua saúde.

Tabela 6: Resultado das respostas sobre a percepção da Saúde.

Escore da questão 02	Turno de trabalho (%)			Total
	Manhã	Tarde	Noite	
01- muito insatisfeito	-	6,82	-	<b>1,78</b>
02- insatisfeito	10,45	6,82	5,26	<b>7,74</b>
03- nem satisfeito, nem insatisfeito	13,43	15,91	21,05	<b>16,67</b>
04-satisfeito	58,21	50,10	50,88	<b>55,95</b>
05- muito satisfeito	17,91	11,36	22,81	<b>17,86</b>

Os resultados apresentados na Tabela 6 mostram que, de uma forma geral e positiva, a maioria dos trabalhadores encontravam-se satisfeitos com a sua saúde. Dados semelhantes foram encontrados por Fleck et al. (1999) ao aplicar este teste em uma amostra de 250 indivíduos, onde 38% consideraram estar satisfeitos com a sua saúde.

Apesar dos bons resultados apresentados nas Tabelas 5 e 6, Silva & Massarollo (1998) colocam que o trabalho de enfermagem gera um acúmulo de processos destrutivos que comprometem a saúde e vida dos trabalhadores e que com o tempo desfavorecem a QV destes profissionais.

Na Tabela 7 analisou-se os escores obtidos em cada domínio relacionado com o turno de trabalho dos profissionais de enfermagem. Observou-se que a média dos escores para o turno da manhã foi de 73,39 para o Domínio-1 (físico), 68,67 para o

Domínio-2 (psicológico), 66,78 para o Domínio-3 (relações sociais) e 56,79 para o Domínio-4 (meio ambiente). No turno da tarde o Domínio-físico obteve escore de 71,70, o Domínio-psicológico 69,80, o Domínio-relações sociais 70,34 e o Domínio-meio ambiente 54,00. No turno da noite o Domínio-físico obteve escore de 74,81, o Domínio-psicológico 71,28, o Domínio-relações sociais 69,28 e o Domínio-meio ambiente 56,28. Estes dados mostraram que em todos os turnos de trabalho houve uma tendência a ter os piores escores no Domínio-meio ambiente.

A análise de variância desses dados demonstrou não haver diferença significativa entre os turnos de trabalho ( $p < 0,05$ ). Portanto, os participantes deste estudo revelaram ter uma boa qualidade de vida independentemente do turno de trabalho.

Tabela 7: Relação da QV com o turno de trabalho (n=168).

QV por Domínio	Turno de Trabalho			Total
	Manhã	Tarde	Noite	
Domínio 1 (Físico)	73,39	71,70	74,81	<b>73,43</b>
Domínio 2 (Psicológico)	68,67	69,80	71,28	<b>69,85</b>
Domínio 3 (Relações Sociais)	66,78	70,34	69,28	<b>68,56</b>
Domínio 4 (Meio Ambiente)	56,79	54,00	56,28	<b>55,89</b>
<b>Total</b>	<b>66,41</b>	<b>66,46</b>	<b>67,91</b>	<b>66,93</b>

A Tabela 8 mostra a relação da QV com a idade dos profissionais de enfermagem. Observou-se que na faixa etária de 19 a 28 as médias foram de 74,22 para o Domínio-1 (físico), 68,55 para o Domínio-2 (psicológico), 66,78 para o Domínio-3 (relações sociais) e 56,15 para o Domínio-4 (meio ambiente); na faixa de 29 a 38 anos as médias foram de 72,45 para o Domínio-1 (físico), 69,25 para o Domínio-2 ((psicológico), 70,88 para o Domínio-3 (relações sociais) e 55,43 para o Domínio-4 (meio ambiente); na faixa de 39 a 48 foi de 77,00 para o Domínio-1



(físico), 74,06 para o Domínio-2 (psicológico), 67,29 para o Domínio-3 (relações sociais) e 57,91 para o Domínio-4 (meio ambiente); na faixa de 49 a 59 foi de 66,21 para o Domínio-1 (físico), 67,57 para o Domínio-2 (psicológico), 67,86 para o Domínio-3 (relações sociais) e 52,07 para o Domínio-4 (meio ambiente).

Esses dados, referentes à faixa etária, demonstraram que os trabalhadores na faixa etária de 49 a 59 anos tiveram escores mais baixos em todos os Domínios e que em todas as faixas etárias houve uma tendência a ter os piores escores no domínio relacionado ao meio ambiente. A análise de variância não demonstrou diferença significativa entre os grupos ( $p<0,05$ ). Portanto, neste caso a faixa etária não interferiu no perfil de qualidade de vida destes trabalhadores.

Tabela 8: relação da QV com as faixas etárias.

QV por Domínios	Faixa Etária				
	19 a 28 n=55	29 a 38 n=65	39 a 48 n=34	49 a 59 n=14	Total n=168
Domínio 1 (Físico)	74,22	72,45	77,00	66,21	<b>73,43</b>
Domínio 2 (Psicológico)	68,55	69,25	74,06	67,57	<b>69,85</b>
Domínio 3 (Relações Sociais)	66,78	70,88	67,29	67,86	<b>68,56</b>
Domínio 4 (Meio Ambiente)	56,15	55,43	57,91	52,07	<b>55,89</b>
<b>Total</b>	<b>66,42</b>	<b>67,00</b>	<b>69,07</b>	<b>63,43</b>	<b>66,93</b>

$P<0,05$

A Tabela 9 apresenta a relação entre a QV e o estado civil dos profissionais de enfermagem. Através do teste LSD (least significant difference) observou-se que no Domínio-1 (físico) os indivíduos que vivem com companheiro diferem dos separados ( $p= 0,022$ ). No Domínio-3 (relações sociais) os indivíduos solteiros diferem dos

viúvos ( $p=0,045$ ); os casados diferem dos separados ( $p=0,046$ ) e dos viúvos ( $p=0,010$ ); os que vivem com companheiro diferem dos viúvos ( $p=0,020$ ); os separados diferem dos casados ( $p=0,020$ ); e os viúvos diferem dos solteiros ( $p=0,045$ ), dos casados ( $p=0,010$ ) e dos que vivem com companheiro ( $p=0,020$ ). No Domínio-2 (psicológico) e Domínio-4 (meio ambiente) houve homogeneidade nas médias dos escores, onde os grupos não deferiram entre si.

Tabela 9: Relação da QV com o estado civil.

Domínios	Estado Civil					
	Solteiro n=49	Casado n=72	Vive com companheiro n=26	Separado n=17	Viúvo n=4	Total n=168
Domínio 1 (Físico)	72,88	74,50	69,58 <sup>a</sup>	79,24 <sup>b</sup>	61,25 <sup>c</sup>	<b>73,43</b>
Domínio 2 (Psicológico)	70,24	70,68	66,96	71,00	64,00	<b>69,85</b>
Domínio 3 (Relações Sociais)	66,82 <sup>d</sup>	71,69 <sup>e</sup>	70,38 <sup>f</sup>	62,24 <sup>g</sup>	48,50 <sup>h</sup>	<b>68,56</b>
Domínio 4 (Meio Ambiente)	54,80	56,86	55,27	57,59	48,50	<b>55,89</b>
<b>Total</b>	<b>66,18</b>	<b>68,43</b>	<b>65,55</b>	<b>67,51</b>	<b>55,56</b>	<b>66,93</b>

(LSD  $p<0,05$ )

Os resultados apresentados nas Tabelas 7, 8 e 9, que relacionaram a QV com o turno de trabalho, a idade e ao estado civil, revelaram escore total de 73,43 para o Domínio-1 (físico), 69,85 para o Domínio-2 (psicológico), 68,56 para o Domínio-3 (relações sociais) e 55,89 para o Domínio-4 (meio ambiente). A partir desta pontuação deduz-se que, com exceção do Domínio-4 (meio ambiente), os demais domínios foram importantes para elevar os escores e definir o perfil de qualidade de vida dos profissionais da enfermagem do HUOP.



Assim, a análise estatística descritiva dos dados de QV apresentados neste estudo evidenciou escores altos para os domínios físico, psicológico e relações sociais, indicando uma boa qualidade de vida. Já o Domínio-4 (meio-ambiente) apresentou escores mais baixos em todas as variáveis analisadas. Como este domínio avalia a relação com o meio ambiente, atribui-se os baixos escores pela sua relação com questões como segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salário, ambiente físico. Essas questões são consideradas componentes fundamentais sobre o qual se pode edificar uma vida com qualidade, porém, são questões que não dependem somente do trabalhador para serem solucionadas.

Na análise apresentada na Figura 7, utilizou-se um escore total para a QV relacionando com o turno de trabalho, obteve-se um escore médio de 66,41 para o turno da manhã, 66,46 para o turno da tarde e 67,91 para o turno da noite. O escore médio de todos os turnos foi de 66,93.

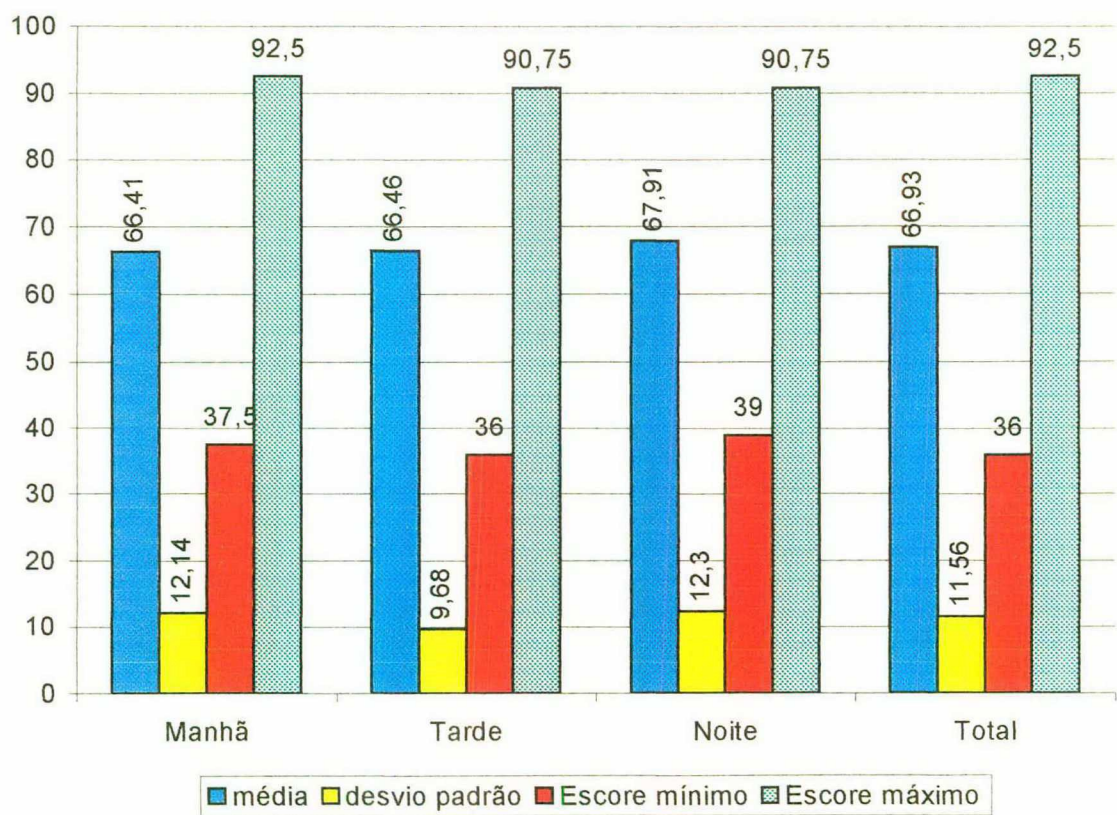


Figura 7: Estatística dos escores do WHOQOL-Bref.

A análise estatística descritiva (média, desvio padrão, escore mínimo e máximo) demonstrou não haver diferença significativa entre os turnos de trabalho ( $p < 0,05$ ). O teste de Scheffé também demonstrou que as médias não diferiram entre os turnos de trabalho.

Estes resultados mostram escores altos indicando que os profissionais de enfermagem do HUOP que participaram deste estudo possuem um bom perfil de QV, independentemente do turno de trabalho. Estando de acordo com os dados preconizados pela OMS de que o perfil de QV é definido pelos escores obtidos do questionário WHOQOL-Bref, sendo que quanto mais alto o escore, melhor é QV do indivíduo (WHO, 1996).

#### 4.5 Qualidade de Vida (QV) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Neste item procurou-se tratar dos resultados dos escores de QV e do ICT, relacionando-os entre si e com os turnos de trabalho.

A Tabela 10 mostra a relação entre as categorias de ICT e os escores de QV por domínios dos profissionais em enfermagem do turno da manhã.

Tabela 10: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da manhã (n= 67).

ICT	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (relações sociais)	Domínio 4 (meio ambiente)	Total
Baixo	35,67	60,33	70,67	50,33	<b>54,25</b>
Moderado	63,18	59,73	52,27	49,64	<b>56,21</b>
Bom	72,71	64,25	66,11	54,86	<b>64,48</b>
Ótimo	83,16	78,56	73,44	62,88	<b>74,51</b>

Observou-se que no Domínio-1 (físico) houve uma relação linear e crescente, onde, quanto mais alto o escore do ICT, mais alto o escore obtido no domínio. No

Domínio-2 (psicológico) o menor escore ficou para a categoria de ICT moderado e as demais tiveram um aumento crescente. No Domínio-3 (relações sociais) o menor escore ficou para a categoria de ICT moderado e não houve um aumento crescente dos escores de QV nas demais categorias. No Domínio-4 (meio ambiente) o menor escore ficou entre os trabalhadores com ICT moderado e nas demais categorias de ICT houve também um aumento linear e crescente.

A Tabela 11 mostra a relação entre as categorias de ICT e os escores de QV por domínios dos profissionais em enfermagem do turno da tarde. Observou-se que no Domínio-1 (físico), Domínio-2 (psicológico) e Domínio-3 (relações sociais) houve uma relação linear e crescente, onde quanto mais alto o escore de QV mais alto também o escore de ICT destes trabalhadores. Porém, no Domínio-4 (meio ambiente) o pior escore ficou entre os profissionais com ICT bom. No turno da tarde nenhum trabalhador apresentou ICT baixo.

Tabela 11: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da tarde (n= 44).

ICT	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (relações sociais)	Domínio 4 (meio ambiente)	Total
Baixo	-	-	-	-	-
Moderado	61,00	62,62	65,75	54,00	<b>60,48</b>
Bom	71,52	69,28	71,09	53,48	<b>66,34</b>
Ótimo	77,67	74,33	71,73	54,73	<b>69,62</b>

A Tabela 12 mostra a relação entre as categorias de ICT e os escores de QV por domínios dos profissionais em enfermagem do turno da noite. Observou-se que no Domínio-1 (físico), Domínio-2 (psicológico) e Domínio-3 (relações sociais) houve uma relação linear e crescente, onde quanto mais alto o escore de QV mais alto também o escore de ICT destes trabalhadores. Porém, no Domínio-4 (meio ambiente) o pior escore ficou entre os profissionais com ICT bom. No turno da noite nenhum trabalhador apresentou ICT baixo.

Tabela 12: Relação entre as categorias de ICT e os escores de QV no turno da noite (n= 57).

ICT	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (relações sociais)	Domínio 4 (meio ambiente)	Total
Baixo	-	-	-	-	-
Moderado	63,80	61,60	61,20	51,20	<b>59,45</b>
Bom	71,54	66,23	62,23	50,69	<b>62,67</b>
Ótimo	80,19	78,19	77,88	62,85	<b>74,78</b>

Os dados apresentados nas Tabelas 10, 11 e 12 revelaram haver uma correlação entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho. Observando-se que os profissionais do turno da tarde e da noite apresentaram resultados iguais em todos os Domínios, já o turno da manhã diferiu quando os trabalhadores da categoria com ICT baixo apresentaram escores mais altos do que os da categoria de ICT moderado. Deste modo, pode-se inferir que esta relação entre a QV e a capacidade para o trabalho é positiva, mostrando que uma capacidade ocupacional satisfatória gera um perfil de QV também satisfatório para o indivíduo e vice-versa.

Na Tabela 13 são apresentados os resultados dos escores de QV por domínio, associando com as categorias de ICT, não considerando o turno de trabalho. Observou-se que no Domínio-1 (físico) todas as categorias de ICT diferiram entre si. No Domínio-2 (psicológico) os trabalhadores com ICT ótimo diferiram dos trabalhadores com ICT moderado e bom. No Domínio-3 (relações sociais) o grupo com ICT ótimo diferiu dos grupos com ICT moderado e bom. No Domínio-4 (meio ambiente) o grupo com ICT ótimo diferiu do grupo com ICT moderado e bom.

Estes resultados evidenciaram que o Domínio-1, que representa o estado físico do indivíduo, demonstrou diferença significativa entre todas as categorias de ICT enquanto que, os Domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, demonstraram diferença significativa da categoria de ICT ótimo com as categorias de ICT bom e moderado.

Tabela 13: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV por domínios.

ICT	n	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (psicológico)	Domínio 3 (relações sócias)	Domínio 4 (meio ambiente)	Total
Baixo	3	35,67 <sup>a</sup>	60,33	70,67	50,33	<b>54,25</b>
Moderado	24	62,58 <sup>b</sup>	61,08 <sup>e</sup>	58,63 <sup>e</sup>	51,42 <sup>e</sup>	<b>58,43</b>
Bom	75	71,97 <sup>c</sup>	66,35 <sup>f</sup>	66,16 <sup>f</sup>	53,03 <sup>f</sup>	<b>64,38</b>
Ótimo	66	80,70 <sup>d</sup>	77,45 <sup>g</sup>	74,80 <sup>g</sup>	61,02 <sup>g</sup>	<b>73,50</b>

Domínio-físico letras diferentes diferem entre si. Domínio-psicológico, relações sociais e meio ambiente g ≠ f, e.

Nas análises feitas a seguir utilizou-se um escore único para a QV, obtido através da soma dos escores dos domínios.

Na Tabela 14 são apresentados os escores de QV em relação às categorias de ICT (Teste de Scheffé), onde, observou-se que os indivíduos que obtiveram uma ótima capacidade para o trabalho diferiram das demais categorias que obtiveram ICT bom, moderado e baixo.

Tabela 14: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV.

ICT	N	Escore Médio QV
Baixo	3	54,25 <sup>a</sup>
Moderado	24	58,43 <sup>b</sup>
Bom	75	64,38 <sup>c</sup>
Ótimo	66	73,50 <sup>d</sup>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>62,64</b>

\*p<0,05. d ≠ a,b,c.

Os resultados da Tabela 14 mostram que quanto mais alto os escores de ICT mais alto também foram os escores de QV. Evidenciando-se uma relação entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho, porém neste estudo não foi possível definir qual a relação entre as variáveis e qual variável que sofre primeiramente a queda.

Na Tabela 15 são apresentados os escores da QV em relação às categorias de ICT por turno de trabalho. Observou-se que os trabalhadores do turno da manhã com ICT baixo obtiveram um escore de QV de 54,25, os com ICT moderado obtiveram escore de 56,21, os com ICT bom obtiveram escore de 64,48 e os com ICT ótimo obtiveram um escore de 74,51; os trabalhadores do turno da tarde com ICT moderado obtiveram um escore de QV de 60,84, os com ICT bom um escore de 66,34 e os com ICT ótimo um escore de 69,61; os trabalhadores do turno da noite com ICT moderado obtiveram um escore de QV de 59,45, os com ICT bom obtiveram um escore de 62,67 e os com ICT ótimo um escore de 74,78.

Tabela 15: Associação entre as categorias de ICT e os escores de QV por turno de trabalho.

ICT	QV por Turno de trabalho		
	Manhã	Tarde	Noite
Baixo	54,25	-	-
Moderado	56,21	60,84	59,45
Bom	64,48	66,34	62,67
Ótimo	74,51	69,61	74,78
<b>Total</b>	<b>62,36</b>	<b>65,60</b>	<b>65,63</b>

De forma crescente observou-se que os escores aumentaram do turno da manhã para o turno da noite: turno da manhã obteve escore de 62,36; turno da tarde obteve escore de 65,60 e turno da noite obteve escore de 65,63.

Através destes dados pode-se inferir que o perfil de QV aumentou de forma linear, conforme aumentou a capacidade para o trabalho, sendo detectado de forma

semelhante nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Como os indicadores de qualidade de vida são muito complexos, com características individuais, estes resultados demonstram um índice de qualidade de vida coletivo.

Estes resultados mostram uma importante associação entre a capacidade para o trabalho e a QV. De forma semelhante ao encontrado por Seitsamo & Ilmarinen (1997) que quando acompanharam trabalhadores num período de 11 anos, observaram que a capacidade para o trabalho e a saúde estão amplamente associadas.

## 5 CONCLUSÃO

Neste trabalho investigou-se a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho em relação aos turnos de trabalho diurno e noturno dos profissionais em enfermagem que desenvolvem suas atividades no âmbito hospitalar.

Dentre os achados observou-se que na amostra predominaram os adultos jovens, com idade média de 33,7 anos, os casados, o sexo feminino, os auxiliares de enfermagem e o trabalho profissional em um único emprego e turno.

Com relação ao primeiro objetivo proposto para este estudo, que era avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do HUOP, foi alcançado através dos resultados do questionário WHOQOL-BREF, onde numa escala de 0-100 o escore médio da amostra foi de 66,93. Este escore define o perfil de qualidade de vida desses profissionais como muito bom. Não evidenciou-se diferença significativa entre os turnos de trabalho.

Desta forma conclui-se que estes profissionais têm uma percepção satisfatória de sua qualidade de vida. Pode-se inferir que estes trabalhadores também estão satisfeitos com o seu trabalho já que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida.

O segundo objetivo propôs avaliar a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem do HUOP, que foi alcançado através do resultado do questionário de ICT o qual revelou que em todos os turnos de trabalho predominou uma boa capacidade para o trabalho. Não encontrando diferença significativa entre os turnos de trabalho. Portanto, conclui-se que estes profissionais se encontram em sua plena capacidade laborativa.

O turno da manhã teve a peculiaridade de ser o único turno a apresentar trabalhadores com capacidade para o trabalho baixa, sendo bem possível estar relacionado a sobrecarga das atividades de enfermagem existente no turno da manhã e a dupla jornada de trabalho, isto é, o trabalho profissional fora de casa e o trabalho doméstico, já que a maioria dos respondentes são mulheres casadas.

O terceiro objetivo previa comparar o perfil de qualidade de vida e o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite, onde através dos resultados encontrados pode-se concluir



que o turno de trabalho não interferiu na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho dos profissionais em questão.

E por fim, o quarto objetivo que presumia relacionar a qualidade de vida com o índice de capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem do HUOP, leva a concluir que houve uma forte associação, pois quanto mais alto os escores de ICT mais alto também foram os escores de qualidade de vida.

Pode-se ainda inferir que o fato de 61,91% da amostra ter um só emprego, de 62,50% ter uma boa percepção de sua qualidade de vida e de 55,95% estarem satisfeitos com a sua saúde, justifica os bons escores de ICT e QV encontrados.

O declínio da capacidade para o trabalho e da qualidade de vida apresentado pelas faixas etárias de maior idade e entre os viúvos, torna mais forte a necessidade de programas que promovam a saúde dos trabalhadores desta instituição. Pois, quando o próprio profissional de enfermagem é alvo de treinamento e educação continuada, sente-se gratificado e valorizado profissionalmente sentindo-se mais consciente e comprometido em promover a saúde, englobando o ambiente e o estilo de vida da comunidade e também de sua família.

Reconhecendo-se as limitações deste estudo e compreendendo que mais estudos relacionados à qualidade de vida e capacidade para o trabalho devam ser realizados e considerando que os instrumentos existentes para medir qualidade de vida provocam muitas discussões. Algumas recomendações são apresentadas referindo-se aos pontos mais importantes levantados neste estudo.

Desenvolver estudo mais específico para verificar porque os trabalhadores do turno da manhã tiveram uma tendência a sofrer mais com o trabalho profissional.

Implantar na instituição programas de prevenção e promoção à saúde para estes profissionais.

Continuar este estudo para evidenciar relações da QV e capacidade para o trabalho com o estilo de vida e o envelhecimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, C.L.C. O Sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. **Teses em enfermagem**, Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, n. 29, 2001.

BELLUSCI, S.M.; FISCHER, FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.6, p.602-609, dez. 1999.

BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária**: tribunal regional federal da 3ª região. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

BELLUSCI, S.M. et al. Capacidade para o trabalho de funcionários de um hospital filantrópico. **Anais Abergó**, Bahia, 1999.

BÚRIGO, C.C.D. **Qualidade de vida no trabalho**: dilemas e perspectivas. Florianópolis: Insular, 1997.

BENKO, M.A. Consulta de enfermagem – assistência ao paciente egresso. In: CAMPEDELLI, M.C. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-189**, 1996.

COSTA, E.S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.553-555, abr.-jun. 2000.

FACCI, R. Um programa para la calidad de vida em el lugar de trabajo. **Salud Ocup.**, Buenos Aires, v.14, n.63, p.28-31, abr.-jun. 1996.

FERNANDES, E.C. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio século XXI**: o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FISCHER, F.M. Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores. **CUT**, Brasil, p. 5-8, 1997.

FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN, F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FISCHER, F.M. et al. Aging at work: survey among health care shift workers of São Paulo, Brazil. **Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress**, San Diego, California USA, v. 4, p. 39-41, jul.-aug, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000

GONZALES, R.M.B. Expressão de indicadores de (in)satisfação no trabalho por enfermeiras coordenadoras de área de um hospital universitário. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 105-109, jan./jun. 1998.

GRAMSCI apud OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.625-634, out.-dez. 1997.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HAHN, G.V.; CAMPONOGARA, S. Qualidade de vida na enfermagem. **Rev. Médica**, HSVP, v. 9, n. 20, p. 48-51, 1997.

IIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher, 1998.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 6, n. 6, p. 415-425, 1999.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: EPU, 1977.

LENZI, M.M.; CORRÊA, L.B.. Qualidade de vida no trabalho: uma experiência possível. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.19, p. 24-29, nov. 2000.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LOPES, V. **O trabalho noturno do profissional de enfermagem: o sofrimento do trabalho na visão da ergonomia.** Estudo de caso de uma unidade de emergência hospitalar. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

MAURICE apud FISCHER, F.M. Trabalho em turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais. **Rev. Bras. Saúde ocup**, v. 9, n. 36, p.5-40, 1981.

MENDES, I.J.M. et al., Um programa sobre promoção da saúde do adulto para trabalhadores em saúde. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n.1, p. 95-108, jan. 1994.

MENEZES, G.M.S. **Trabalho noturno e saúde:** um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador-Bahia. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

METZNER, R.J.; FISCHER, F.M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6,p. 548-53, 2001.

MONTEIRO, M.S.; GOMES, J.R. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1998.

MONTEIRO,M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros.** 1999. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador) – Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

ODEBRECHT, C.; GONÇALVES, L.O.; SELL, I. O envelhecimento do trabalhador: da fisiologia à função laboral: aspectos a serem incrementados na análise ergonômica. **Anais ABERGO**, Gramado, set. 2001.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, out.-dez. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida: WHQOL.** Coordenador Fleck, M.P.A. Porto Alegre, 1998.

REGIS FILHO, G.I. **Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos**: uma abordagem ergonômica. Itajaí: UNIVALI, 2000.

REGIS FILHO, G.I.; LOPES, M.C. Trabalho noturno e estresse – estudo de caso em uma indústria do setor de alimentos – uma abordagem da ergonomia. **Rev. Ciên. Saúde**, Florianópolis, v.16, n. 1 e 2, p. 72-95, jan./dez. 1997.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

ROTENBERG, L. et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem torça a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 639-649, mai.-jun. 2001.

SALLES, R.K. et al. Análise ergonômica do trabalho em turnos dos técnicos de enfermagem e a relação com o comportamento alimentar. **Anais ABERGO**, Gramado, set. 2001.

SALOMÓN, S.O. Promoción de la salud: un ámbito de oportunidades para el médico de trabajo. **Salud ocup.**, Buenos Aires, v. 16, n. 70, p. 14-7, abr.-jun. 1998.

SANTOS, N. et al. **Antropotecnologia**: a ergonomia dos sistemas de produção. Curitiba: Gênese, 1997.

SEITSAMO, J.; ILMARINEN, J. Life-style, aging and work ability among active finnish workers in 1981-1992. **Scand J Work Environ Health**, suppl. 23, n. 1, p. 20-6, 1997

SILVA, V.E.F.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, set./out. 1998.

STEVENSON, W.J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra, 1981.

TANAKA, W.Y. et al. Estudo de algumas condições que dificultam a assistência de enfermagem no período noturno. **Acta Paul. Enf.**, v. 1, n. 4, p. 95-100, dez. 1988.

TEIXEIRA, F.R. **Qualificação para o trabalho**: uma proposta para a clientela de terceira idade. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFSC, Florianópolis.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 11-31, jan./abr. 2001.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**: Institute of Occupational Health, Helsinki. Traduzido por Frida Marina Fischer. et al. São Paulo: FSPUSP, 1997.

TUOMI, K. et al. Aging, work, life-style and work ability among finnish municipal workers in 1981-1992. **Scand J Work Environ Health**, suppl. 23, n.1, p. 58-65, 1997.

VAHL NETO, E. **Qualidade de vida e capacidade de trabalho em diferentes faixas etárias dos funcionários da CELESC**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

XAVIER, G.N.A. **Aspectos epidemiológicos e hábitos de vida das servidoras da UFSC**: diagnóstico e recomendações para um programa de promoção da saúde da mulher. 1997. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação, UFSC, Florianópolis.

WAIDELE, R.M. El trabajo em turnos nocturnos: uma revisión. **Revista de Psiquiatria**, Chile, v. XII, n. 2, p. 148-153, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL-BREF**: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

## **ANEXO**

## **ANEXO A - Questionário**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
MESTRADO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - ÊNFASE EM  
ERGONOMIA  
PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE DE  
TRABALHO

Prezado(a) Senhor(a) .

Estou realizando um trabalho de pesquisa que irá subsidiar minha dissertação de mestrado sob a orientação do Prof Dr Édio Petroski. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente, seu trabalho.

**Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.**

Eu ficaria muito agradecida se você respondesse o questionário em dois dias.

Se você tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se a vontade para procurar a pesquisadora: fone 226-0808, 223-8077, 9962-1959.

Marilú Mattéi Martins  
Mestranda

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que concordo participar, voluntariamente, da pesquisa “Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais de Enfermagem no Trabalho em Turnos” em desenvolvimento pela mestrandia Marilú Mattéi Martins sob a orientação do Prof. Dr Édio Luiz Petroski. Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa. Autorizo a divulgação do resultado em grupo e o resultado individual somente para minha pessoa.

---

Assinatura

Cascavel, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data _____ / _____ / _____
Nome (não é obrigatório) _____
Data de nascimento _____ / _____ / _____

## I - DADOS GERAIS

### 1. Sexo

1( ) Feminino                      2( ) Masculino

### 2. Idade \_\_\_\_\_ anos

### 3. Estado Civil Atual

1( ) Solteiro(a) 2( ) Casado(a) 3( ) Vive com companheiro(a)		4( ) Separado(a) 5( ) Divorciado(a) 6( ) Viúvo(a)
--	--	---

### 4. Escolaridade – assinalar o nível mais alto

- 1( ) Curso de auxiliar de enfermagem incompleto
- 2( ) Curso de auxiliar de enfermagem completo
- 3( ) Curso técnico de enfermagem incompleto
- 4( ) Curso técnico de enfermagem completo
- 5( ) Curso superior incompleto
- 6( ) Curso superior completo
- 7( ) Pós-graduação incompleta
- 8( ) Pós-graduação completa

### 5. Qual é a sua ocupação (função) no Hospital Universitário?

- 1( ) auxiliar de enfermagem
- 2( ) técnico(a) de enfermagem
- 3( ) enfermeiro(a)

### 6. Qual é o seu turno de trabalho no Hospital Universitário?

1( ) manhã              2( ) tarde              3( ) noite

### 7. Qual é o seu setor de trabalho dentro do Hospital Universitário?

1( ) UTI geral 2( ) UTI neonatal 3( ) pediatria 4( ) enfermaria F2	5( ) enfermaria F4 6( ) enfermaria G2 7( ) maternidade 8( ) centro obstétrico	9( ) centro cirúrgico 10( ) central de materiais 11( ) pronto socorro 12( ) outros _____
---	--	---

### 8. Você tem outro emprego?

1( ) Sim    2( ) Não

#### Qual turno de trabalho?

1( ) manhã    2( ) tarde    3( ) noite

Quantos dias de trabalho por semana? \_\_\_\_\_

II. QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Instruções de como preencher o questionário

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**A) Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

B) As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

C) As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

D) As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatis- feito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satis- feito	Muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

E) As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



09	Artrite reumatóide		
10	Outra doença músculo-esquelética Qual?		
11	Hipertensão arterial (pressão alta)		
12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)		
13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
14	Insuficiência cardíaca		
15	Outra doença cardiovascular Qual?		
16	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)		
17	Bronquite crônica		
18	Sinusite crônica		
19	Asma		
20	Enfisema		
21	Tuberculose pulmonar		
22	Outra doença respiratória Qual?		
23	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)		
24	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)		
25	Problema ou diminuição da audição		
26	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)		
27	Doença neurológica (avc, enxaqueca, epilepsia)		
28	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual?		
29	Pedras ou doença da vesícula biliar		
30	Doença do pâncreas ou o fígado		
31	Úlceras gástricas ou duodenal		
32	Gastrite ou irritação duodenal		
33	Colite ou irritação do colon		
34	Outra doença digestiva Qual?		
35	Infecção das vias urinárias		
36	Doença dos rins		
37	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)		
38	Outra doença geniturinária Qual?		
39	Alergia, eczema.		
40	Outra erupção Qual?		
41	Outra doença da pele Qual?		
42	Tumor benigno		
43	Tumor maligno (câncer) Onde?		
44	Obesidade		
45	Diabetes		
46	Bócio ou outra doença da tireóide		
47	Outra doença endócrina ou metabólica Qual?		
48	Anemia		
49	Outra doença do sangue Qual?		
50	Defeito de nascimento Qual?		
51	Outro problema ou doença Qual?		



**4- Perda estimada para o trabalho devido às doenças:**

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

- ☐ ( ) não há impedimento/eu não tenho doenças
- ☐ ( ) eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
- ☐ ( ) algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ ( ) frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- ☐ ( ) por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- ☐ ( ) na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

**5- Faltas ao trabalho por doenças no último ano:**

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- ☐ ( ) nenhum
- ☐ ( ) até 9 dias
- ☐ ( ) de 10 a 24 dias
- ☐ ( ) de 25 a 99 dias
- ☐ ( ) de 100 a 365 dias

**6- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos:**

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

- ☐ ( ) é improvável
- ☐ ( ) não está muito certo
- ☐ ( ) bastante provável

**7- Recursos mentais:**

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

- ☐ ( ) sempre
- ☐ ( ) quase sempre
- ☐ ( ) às vezes
- ☐ ( ) raramente
- ☐ ( ) nunca

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

- ☐ ( ) sempre
- ☐ ( ) quase sempre
- ☐ ( ) às vezes
- ☐ ( ) raramente
- ☐ ( ) nunca

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- ☐ ( ) continuamente
- ☐ ( ) quase sempre
- ☐ ( ) às vezes
- ☐ ( ) raramente
- ☐ ( ) nunca

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**